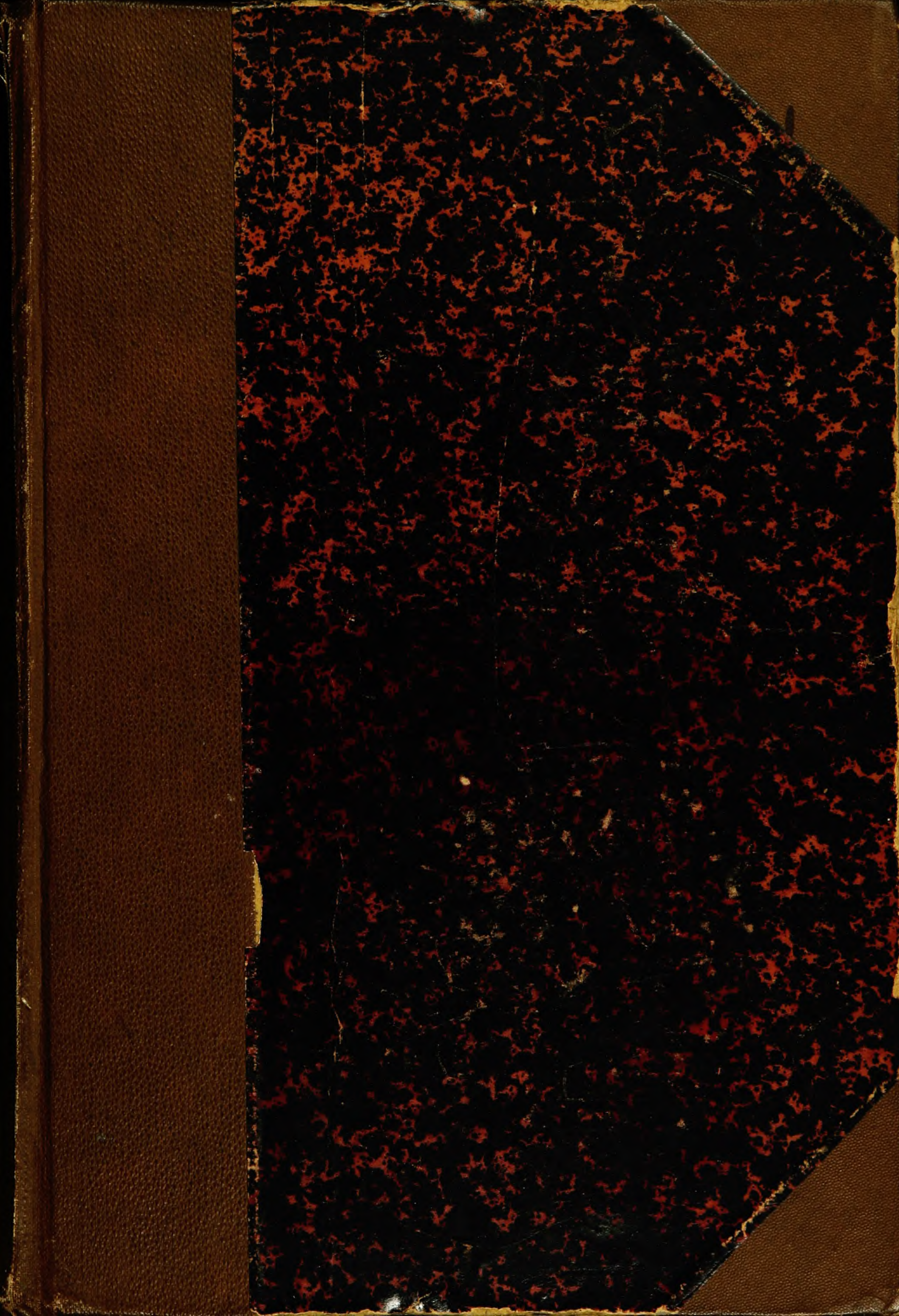




ERGEBNISSE
DER
SÄUGLINGSFÜRSORGE.

HERAUSGEGEBEN
VON

DR. ARTHUR KELLER,
DIREKTOR DES KAISERIN-AUGUSTE-VICTORIA-HAUSES ZUR BEKÄMPFUNG DER SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT IM DEUTSCHEN REICHE.

ERSTES HEFT.

KOMMUNALE SÄUGLINGSFÜRSORGE.
ÄRZTLICHE ERFAHRUNGEN.
VON
DR. ARTHUR KELLER, MAGDEBURG.

DIE STADTGEMEINDE IM DIENSTE DER SÄUGLINGSFÜRSORGE.
PRAKTISCHE VORSCHLÄGE.
VON
STADTRAT PAUL LINDEMANN, MAGDEBURG.

LEIPZIG UND WIEN.
FRANZ DEUTICKE.
1908.

Verlags-Nr. 1413.

Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

Inhaltsverzeichnis.



Kommunale Säuglingsfürsorge. Ärztliche Erfahrungen.

Von Dr. Arthur Keller.

Einleitung.

Nachdem lange Zeit hindurch die Säuglingssterblichkeit trotz ihrer hohen Zahlen die Öffentlichkeit in Deutschland verhältnismäßig wenig beschäftigt hat, macht sich seit einigen Jahren dank der Initiative Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin reges Leben allenthalben auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge bemerkbar.

Von der öffentlichen und privaten Wohlfahrtspflege sind Fürsorgebestrebungen der verschiedensten Art eingeleitet worden, um den Kampf gegen die hohe Säuglingssterblichkeit zu eröffnen, und die kommunalen Verwaltungen, die bei uns in Deutschland die Hauptträger der Fürsorge sind, wenden der Frage immer mehr ihre Aufmerksamkeit zu.

Das, was uns bisher fehlt, ist eine feste Organisation all dieser Bestrebungen. Sie tut uns um so mehr not, da der Kampf bereits von verschiedenen Seiten und auf mannigfachen Wegen aufgenommen ist und schon erhebliche Mittel aufgewendet sind, ohne daß wir imstande wären, an zuverlässigem Material zu prüfen, welche Erfolge mit diesen oder jenen Maßnahmen erzielt wurden.

Wir stehen erst im Anfange der Untersuchungen, in welcher Weise sich die hohe Säuglingssterblichkeit wirksam bekämpfen läßt. Wir müssen vor allem einen Unterschied machen zwischen den sozialen Schäden, die sich durch Maßnahmen der Wohltätigkeit, der Wohlfahrtspflege sowie durch administrative und legislative Bestimmungen bekämpfen lassen, und den durch mangelnde Kenntnis der Säuglingspflege und -Ernährung und durch Erkrankung drohenden, die durch ärztliche Maßnahmen zu überwinden sind. Die Trennung dieser beiden Gebiete kann aber wohl nur theoretisch streng durchgeführt werden, in der Praxis wird sie nicht innezuhalten sein, da beide Einflüsse allzu oft gleichzeitig in Betracht zu ziehen sind.

In dem ersten der beiden Gebiete wird wohl der Wohnungshygiene, der Regelung des Milchverkehres, der Unterstützung der Stillenden, der Berufsvormundschaft eine hervorragende Stellung einzuräumen sein. In dem zweiten wird neben der Berücksichtigung schon vorhandener Schädigungen, denen die ärztliche Behandlung entgegenzutreten hat, die Prophylaxe die wichtigste Rolle spielen. Hierher gehört die Propaganda für

natürliche Ernährung und die noch problematische Unterstützung der künstlichen. Der sozialen wie der ärztlichen Sphäre gleich nahe steht die Errichtung von Säuglingsheimen, Findelhäusern, Asylen, Krippen, die Fürsorge für Wöchnerinnen und Schwangere und die Aufsicht über die fürsorgebedürftigen Säuglinge.

Umfassende Statistiken werden notwendig sein, um die wirklichen Vorteile der verschiedenen Institutionen sowie die beste Form für jede Einrichtung nachzuweisen. Man wird die Sterblichkeitsstatistik in einzelne Komponenten zerlegen und wird die Wirkung der Schutzmaßregeln prüfen müssen, um durch vergleichende Untersuchungen des Materials aus verschiedenen Städten allgemeine Gesichtspunkte abzuleiten. Daneben wird jede Stadt individuell prüfen müssen, welche unter den bei ihr gegebenen Verhältnissen die wirksamsten Mittel sind.

Jedenfalls ist es zu bedauern, wenn von den kommunalen Verwaltungen in der Regelung der Säuglingsfürsorge jede ihren eigenen Weg geht, ohne von den anderen zu lernen. Es fehlt die vorurteilslose, durch Spezialinteressen nicht beeinflußte Sichtung eines großen Materials, die es der einen Stadt ermöglicht, aus den Erfahrungen der anderen Nutzen zu ziehen und sich vor unnötiger Geld- und Kraftvergeudung zu schützen. Es wird nicht ausbleiben, daß da und dort ein falscher Weg beschritten wird; oft genug wächst aus dem mißglückten Versuch die neue, bessere Organisation heraus. Nur sollte ein neuer Weg, der nicht erprobt ist, nicht gleichzeitig von vielen beschritten werden. Um das zu verhindern, um Rat zu erteilen und um Anregungen zu geben, dazu ist der Anschluß der Städte an eine Zentrale notwendig.

Die Aufgaben einer derartigen Zentrale kann ich nicht klarer definieren, als es die Referenten in der XV. Konferenz der Zentralstelle für Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen (Nürnberg und Fürth 1906) getan haben. Besonders das, was erster rechtskundiger Bürgermeister Kutzer-Fürth über den Anschluß der kommunalen Verwaltungen an die Zentralstelle gesagt hat, kann für unsere Organisation nur vorbildlich sein. Die Zentralstelle sammelt und registriert das gesamte Material und verarbeitet es kritisch. Die wichtigste Aufgabe ist die Erteilung von Rat und Warnung: Man soll sich bei Neuorganisation von Fürsorgebestrebungen an die Zentralstelle wenden können, derselben den Sachverhalt darlegen und von ihr nun Rat erhalten, ob denn der Gedanke, den man zunächst ins Auge gefaßt hat, gut ist und wie er sich durchführen läßt, ob man nicht etwas besseres an die Stelle des zunächst Gedachten setzen kann, ob die Mittel, die man hat, einigermaßen für den Zweck ausreichen usw. Das würde nur möglich sein, wenn die Beamten der Zentralstelle nicht nur an dem Sitze ihrer Tätigkeit arbeiten, sondern im ständigen Meinungsaustausch mit den in gleichem Sinne arbeitenden Persönlichkeiten stehen und sich selbst von der praktischen Durchführung der Fürsorge an den verschiedenen Orten persönlich überzeugen. Dabei bietet sich auch die erforderliche Gelegenheit, Anregungen auf dem Gebiete der Fürsorge zu geben und zu erhalten.

Wenn auf irgendeinem Gebiete der Wohlfahrtspflege, dann ist eine derartige Zentralstelle für die Bestrebungen der Säuglingsfürsorge notwendig, und sie ist geschaffen durch die Stiftung „Kaiserin Auguste Victoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche“, die sich besonders folgende Aufgaben gestellt hat:

1. Die auf die Ernährung und Pflege der Säuglinge sowie auf die Fürsorge für die Mütter bezüglichen Fragen an der Hand entsprechender Einrichtungen wissenschaftlich und praktisch zu erforschen;

2. Material über die Säuglingssterblichkeit sowie über die Einrichtungen und Organisationen der Säuglingsfürsorge im Deutschen Reiche und in den ausländischen Kulturstaaten zu sammeln;

3. die Ergebnisse der eigenen wissenschaftlichen und praktischen Forschungen sowie der Sammeltätigkeit auf dem Gebiete der Fürsorge für Säuglinge und Mütter durch Veröffentlichungen der Allgemeinheit in vorbildlicher Weise nutzbar zu machen, auch Behörden, öffentlichen und Privatverbänden sowie Einzelpersonen Auskunft und Rat zu erteilen.

Wie die Organisation weiter ausgebaut wird, dürfen wir wohl der Zukunft überlassen. Jedenfalls kommen die Vorteile der Zentrale in erster Linie den großen Kommunen zustatten, da ihnen bei uns in Deutschland die Säuglingsfürsorge zum größten Teile obliegt. Durch eine gute Organisation der Zentrale werden unnütze Ausgaben erspart oder wenigstens auf ein Minimum eingeschränkt und die wirklich notwendigen an die rechte Stelle wirksam eingesetzt werden.

In den zwei Jahren meiner Tätigkeit in Magdeburg habe ich die hiesigen ärztlichen und sozialen Einrichtungen, die der Säuglingsfürsorge dienen, in verschiedenen Entwicklungsstadien kennen gelernt und mich bemüht, aus der Beobachtung und Praxis heraus, ohne Rücksicht auf theoretische Anschauungen oder auf anderweitige Erfahrungen, mir ein Urteil über die Erfolge der verschiedenen Maßnahmen zu bilden.

Die Erfahrungen, die ich in Magdeburg gesammelt habe, sind auch für die Allgemeinheit von Interesse, da Magdeburg die einzige unter den großen Städten in Deutschland ist, in der zurzeit die ärztlichen Maßnahmen der kommunalen Säuglingsfürsorge zentralisiert und in einer Hand vereinigt sind. Die Ergebnisse der bisherigen Bestrebungen in der Fürsorge sind zum Teil abgeschlossen, zum Teil sind sie die Vorarbeit für weitere Maßnahmen. Manche der bisher geltenden Bestimmungen entbehren der Legalisierung, und der Mangel des Gesetzes konnte nur durch das lebendige Interesse und die Arbeitskraft einzelner Persönlichkeiten einigermaßen ersetzt werden. Auf Grund der vorliegenden Erfahrungen werden in allernächster Zeit die städtischen Behörden in Magdeburg eine einheitliche Organisation der kommunalen Säuglingsfürsorge schaffen. Pflicht aller Beteiligten, die in Zukunft an dem Ausbau mitarbeiten, wird es sein, die Erfolge des neugeschaffenen Systems klarzustellen und so die in Magdeburg geleistete Arbeit der Allgemeinheit nutzbar zu machen.

In unserer gemeinsamen Arbeit habe ich die Aufgabe übernommen, die Erfahrungen in kommunaler Säuglingsfürsorge vom ärztlichen Stand-

punkte zu besprechen, während Herr Stadtrat Lindemann die praktischen Vorschläge entwickelt, wie sie ihm vom verwaltungstechnischen Standpunkte durchführbar erscheinen. Zur Orientierung bringe ich zunächst eine kurze Übersicht über die bisherige Entwicklung der Säuglingsfürsorge in Magdeburg.

Entwicklung der Säuglingsfürsorge in Magdeburg.

Seit langer Zeit bestehen einige Wohltätigkeitsvereine, die Wöchnerinnen mit Wäsche für Mutter oder Kind, mit Kohlen, eventuell mit dem Honorar für die Hebamme unterstützen, ferner sind durch private Wohltätigkeit gemeinnützige Anstalten geschaffen und werden unterhalten, deren Arbeit direkt oder indirekt der Säuglingsfürsorge dient: drei Krippen in verschiedenen Stadtteilen, ein Wöchnerinnenasyl und ein Säuglingsheim. Die Krippen haben bisher eine größere Bedeutung nicht erlangt, um so mehr das hiesige Wöchnerinnenasyl, eine Schöpfung Brenneckes. Es dient als Entbindungsanstalt für Ehefrauen, bildet Pflegerinnen aus und unterstützt arme und minderbemittelte Wöchnerinnen — sei es, daß dieselben daheim oder im Asyl ihre Niederkunft abwarten — durch Entsendung sogenannter „Hauspflegerinnen“ in der Führung des Haushaltes. Das Säuglingsheim, vom deutsch-evangelischen Frauenverein begründet, wurde im April 1905 für 6 Kinder und 6 Mütter eröffnet, mußte schon nach drei Monaten erweitert werden, ist jetzt mit 20 bis 30 Kindern und 10 bis 15 Müttern regelmäßig belegt, ohne annähernd der Zahl der Aufnahmegesuche entsprechen zu können. Der Verein „Säuglingsheim“ verfolgt den Zweck, Mädchen nach der Entbindung nebst ihren Kindern eine Zufluchtsstätte zu gewähren sowie schwächlichen Ziehkindern im Säuglingsalter Pflege und ärztliche Behandlung zuteil werden zu lassen. Kranke Kinder werden im allgemeinen nicht aufgenommen, erkrankte entlassen. Beide Anstalten erhalten eine jährliche Beihilfe von seiten der Stadt.

Die kommunale Fürsorge hat sich aus unbedeutenden Anfängen erst in den letzten Jahren schnell, vielleicht zu schnell entwickelt. Das Kinderasyl der Armen- und Arbeitsanstalt, lange Zeit hindurch die einzige Anstalt, die zur Unterbringung gesunder Säuglinge Gelegenheit bot, nimmt Kinder jeden Alters auf, deren Eltern krank sind, eine Gefängnisstrafe verbüßen oder sonst aus irgend einem Grunde ihren Kindern Obdach und Pflege nicht bieten können. Eine Aufsicht über die Ziehkinder wurde im Jahre 1902 von Brennecke eingerichtet und mehrere Jahre, ohne wesentliche Unterstützung von seiten der Stadt, geführt. Sie wurde durch Verfügung der Armendirektion im Juni 1905 auf sämtliche unehelich geborenen Kinder ausgedehnt und Anfang des Jahres 1906 mir übertragen.

Zur Ausführung der Kontrolle über die der Aufsicht unterstellten Kinder wurde im Januar 1902 die erste besoldete Pflegerin, im Juni 1905 zwei weitere und im Mai 1907 eine vierte Pflegerin von der Stadt angestellt. Im Oktober 1905 wurde die städtische Milchsterilisierungsanstalt,

im April 1906 die Säuglingsabteilung in der Krankenanstalt Altstadt eröffnet und im Juni 1906 im Einvernehmen mit dem Vormundschaftsgericht eine Berufsvormundschaft eingerichtet. Auf die Entwicklung der einzelnen Einrichtungen komme ich an entsprechender Stelle zurück.

Geschlossene Säuglingsfürsorge.

Welche Kinder bedürfen der geschlossenen Fürsorge?

Gehen wir von der Frage aus, *welche Säuglinge der Anstaltspflege und -Behandlung bedürfen*, so müssen wir soziale und ärztliche Gesichtspunkte, soweit sie sich überhaupt trennen lassen, auseinanderhalten. Alle Anstalten, die der Säuglingsfürsorge dienen, haben die Aufgabe, die hohe Säuglingssterblichkeit zu bekämpfen und das wichtigste Mittel dazu ist die Förderung des Stillens. Unterbringung von Mutter und Kind in einer Anstalt muß also zunächst in allen Fällen erfolgen, in denen die Mutter aus *wirtschaftlicher* Not nicht imstande wäre, ihr Kind zu stillen, wenn ihr nicht Obdach und Unterhalt in einer Anstalt geboten wird. Von dem Rückgang des Stillens in unseren ärmeren Bevölkerungsklassen ist so oft die Rede gewesen, viel zu wenig aber ist betont worden, daß so viele Mütter, selbst wenn sie stillen wollten, nicht die Möglichkeit dazu haben. Fast in allen Städten bestehen Anstalten, in denen die unbemittelten Mütter zur Entbindung unentgeltlich oder gegen geringes Entgelt Aufnahme finden. Aber nach zehn Tagen werden sie aus diesen Anstalten entlassen und viele von ihnen stehen dann auf der Straße, ohne zu wissen, wie sie sich und ihr Kind erhalten sollen. Der Weg ist weit, bis für das Kind ein Vormund ernannt und bis die Alimentationsklage eingeleitet, geschweige denn ausgetragen ist. Und ebenso lange dauert es zumeist, ehe von der Armenverwaltung eine Unterstützung zu erreichen ist. Gerade in diesen ersten Wochen ist die Not am größten, ich habe sie aus den Schilderungen der Mütter nur gar zu oft kennen gelernt, und die Pflegerinnen werden nicht müde, auf diese Mißstände hinzuweisen. Die Mitglieder von Krankenkassen können sich noch allenfalls helfen, da ihnen für 6 Wochen die Wochenbettunterstützung, so mäßig sie ist, gezahlt wird. Alle die anderen aber, und besonders die Dienstmädchen, sind aus Not gezwungen, in der 2. Woche nach der Entbindung bereits wieder eine Stellung anzunehmen. Man fragt nicht danach, ob sie ohne körperlichen Schaden die Arbeit wieder aufnehmen können, wenn nicht eine schwerere Störung des Wochenbettverlaufes ihre Entlassung aus der Anstalt verzögert, man fragt nicht danach, ob sie, um die Stellung annehmen zu können, ihr Kind in fremder Pflege unterbringen müssen.

Zu diesen sozialen Gründen gesellen sich ärztliche. Was nützt es denn, daß in den meisten Entbindungsanstalten alle Mütter *ohne* Ausnahme dazu angehalten werden, ihr Kind selbst zu stillen? Es sind nur 10 Tage. In den meisten Fällen wird es dann plötzlich abgesetzt. Aber selbst wenn die Mutter in der Lage ist, nach der Entlassung aus der

Anstalt ihr Kind in eigener Pflege zu behalten, was nutzt es, daß sie in den ersten Tagen zum Stillen angehalten und angelernt worden ist? Die Schwierigkeiten beim Stillen stellen sich sehr häufig erst in der 2., 3. Woche post partum ein. Aus der privaten wie aus der Anstaltspraxis sind jedem Arzte diese Fälle nur zu gut bekannt, in denen bei der Erstgebärenden zwar die erste Schwierigkeit wegen des späten Einschießens der Milch am 6. bis 8. Lebenstage des Kindes eintritt, die zweite, größere aber dann, wenn die Milchsekretion gegen Ende der 2. und in der 3. Woche über das Nahrungsbedürfnis des Kindes hinaus steigt. Die Brust wird dann nur selten leer getrunken, Milchstauung tritt ein, und so kommt es zu einem Rückgange und schließlich, wenn nicht geeignete Maßnahmen getroffen werden, zum Erlöschen der Milchproduktion: die Mutter hat die Milch „verloren". Ich kenne aus der Privatpraxis Fälle, in denen unter ärztlicher Leitung am 4. oder 5. Tage mit künstlicher Ernährung begonnen wird, ehe mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, ob denn die Mutter, die stillen will, nicht doch noch stillen kann. Noch mehr kenne ich Fälle, in denen aus dem angegebenen Grunde in der 3. Woche mit dem Stillen aufgehört wird. In der Anstalt läßt sich beides vermeiden und im zweiten Falle haben wir sogar die Möglichkeit, einen Austausch der Kinder vorzunehmen in der Weise, daß die milchreichere Brust, die von dem eigenen Kinde nicht ganz entleert werden kann, von einem kräftigeren, älteren Kinde vollständig ausgetrunken wird, bis sich Milchproduktion der Mutter und Nahrungsbedürfnis des Kindes aneinander anpassen, oder bis zum mindesten die Gefahr überwunden ist, daß eine vorübergehende Milchstauung die kaum in Gang gekommene Sekretion zum Schwinden bringt.

Das sind Fälle, in denen nur die Anstaltsbeobachtung dem Kinde die natürliche Ernährung an der Mutterbrust erhält. Dazu kommen andere, in denen die Mutter in ständiger Sorge ist, ob sie auch für ihr Kind genügend Nahrung in der Brust hat, und ohne triftigen Grund vorzeitig die Flasche gibt. In der Anstalt ist die Mutter durch regelmäßige Wägungen sehr leicht zu überzeugen, daß das Kind nicht nur genügend Nahrung erhält, sondern auch von Tag zu Tag an Körpergewicht zunimmt. Hat sie einmal Sicherheit gewonnen, dann wird sie auch nach der Entlassung aus der Anstalt ohne diese Sorge ihr Kind weiter stillen. Ein nicht zu unterschätzender Erfolg der Säuglingsanstalten, die die Mütter mit ihren Kindern aufnehmen, ist der, daß die Mütter vernünftige Anschauungen über die Säuglingspflege und -Ernährung kennen lernen und draußen weiter verbreiten, daß auf diese Weise praktisch Stillpropaganda getrieben wird, wirksamer als mit Vorträgen, Merkblättern und selbst in Beratungsstunden.

Auf diesem Gebiete können alle Anstalten, die zur Aufnahme gesunder Kinder bestimmt sind, unendlich viel Gutes stiften dadurch, daß sie der Mutter die Möglichkeit schaffen, ihr Kind zu stillen und ihr die rechte Anleitung dazu geben. Die Anregung des preußischen Ministeriums, daß an die Entbindungsanstalten nach Möglichkeit Säuglingsheime anzu-

gliedern sind, ist mit Freuden zu begrüßen. Auch die Anstalten für kranke Säuglinge dürfen bei der Auswahl der Ammen die angeführten sozialen und ärztlichen Gesichtspunkte nicht außer acht lassen.

Bisher habe ich von der *Anstaltspflege gesunder Säuglinge* gesprochen und komme nun zur *Anstaltsbehandlung kranker Säuglinge*. Die Entscheidung darüber, welche Säuglinge aus der offenen Fürsorge — in diesem Zusammenhange ist nur von den ärmeren Bevölkerungsschichten die Rede — der Anstalt zu überweisen sind, kann nur unter Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse, der Beschaffenheit der häuslichen Pflege, der Intelligenz der Mutter oder Pflegefrau gefällt werden. Ich will hier nur auf einzelne Fragen kurz eingehen.

Alle debilen, d. h. alle früh- und schwachgeborenen Kinder bedürfen der Anstaltsbehandlung, solange ihre Ernährung besondere Vorsicht und ihre Pflege Maßnahmen erfordert, die auch die willigste Mutter in einer armen Familie nicht zu leisten vermag. Ich werde das Kind unter keinen Umständen von seiner Mutter trennen, wenn sie es selbst stillen will und kann, und in diesem Falle nur beide gemeinsam aufnehmen. Das erscheint selbstverständlich, und doch werden selbst auf ärztlichen Rat oft genug derartige Kinder ohne die Mutter dem Krankenhause überwiesen, die wohl mit Recht der Beobachtung und Pflege in einer Anstalt bedürfen, aber darum nicht der natürlichen Ernährung entzogen werden dürften.

Kinder mit einem Körpergewicht unter 2000 g sollten möglichst in Anstalten untergebracht werden, wenn die Mutter nicht ganz besonders zuverlässig erscheint. Abgesehen von der besonderen Pflege, die der Schutz vor Wärmeverlusten, vor Infektionen erfordert, stellt die Regelung der Ernährung, auch der natürlichen, in diesen Fällen besondere Anforderungen. Die oben besprochenen Schwierigkeiten, die bei der Einleitung des Stillens in den ersten Lebenswochen auch beim gesunden Kinde entstehen können, kommen beim debilen Kinde viel häufiger und in ernsterer Form vor. Bei einer vorzeitigen Entbindung stellt sich die Milchsekretion häufig noch später ein als sonst, und, hat sie sich eingestellt, dann kommt es bei dem geringen Nahrungsbedarf des Kindes noch schneller zu einem Mißverhältnisse zwischen diesem und der Milchproduktion der Mutter. Ich brauche hier nicht zu erörtern, daß die Technik der Ernährung ihre Besonderheiten hat, daß Unterernährung wie Überernährung für das debile Kind gleich schädlich sind. Jedenfalls erfordert allein schon die Leitung der Ernährung eine spezielle Sachkenntnis. Und der Arzt bedauert immer von neuem, wenn er eines dieser Kinder, das er mit besonderer Sorgfalt über die Gefahren der ersten Monate hinweggebracht hat, frühzeitig in Außenpflege entlassen muß. Ich will nur einen dieser Fälle als Beispiel anführen.

Kind Emma B., am 5. 9. 1906 als Zwilling 3 Wochen vor dem normalen Schwangerschaftsende geboren, wurde von der Mutter von Anfang an mit verdünnter Kuhmilch (1 : 2 Wasser) in 3stündlichen Pausen ernährt, erkrankte am 15. September an einer akuten Ernährungsstörung mit Durchfall und Erbrechen und wurde am 19. September der Säuglingsstation des Krankenhauses zugeführt.

Die pathologischen Darmerscheinungen schwanden nach 24stündiger Teediät, und bei ausschließlicher Ernährung mit Frauenmilch besserte sich das Allgemeinbefinden des Kindes verhältnismäßig schnell. Ende Oktober waren besondere Maßnahmen, um das Kind vor Wärmeverlusten zu schützen, nicht mehr notwendig, es hielt sich auf normaler Körpertemperatur.

In der gleichen Zeit war das Kind, das bis dahin mit abgespritzter Frauenmilch ernährt war, kräftig genug geworden, um an der Brust zu trinken. Trotz aller Ermahnungen an die Amme, stiegen die Nahrungsmengen zu rasch an. Anfang November trat eine vorübergehende Störung ein, die sich in der Körpergewichtskurve Fig. 1 nach der regelmäßigen Zunahme im Monat Oktober durch Körpergewichtsstillstand respektive Abnahme zu erkennen gibt. Die Störung wurde bald ausgeglichen und das Allgemeinbefinden gut, als Anfang Dezember die Mutter gegen ärztlichen Rat, wie in der Krankengeschichte besonders hervorgehoben ist, die Entlassung des Kindes verlangte.

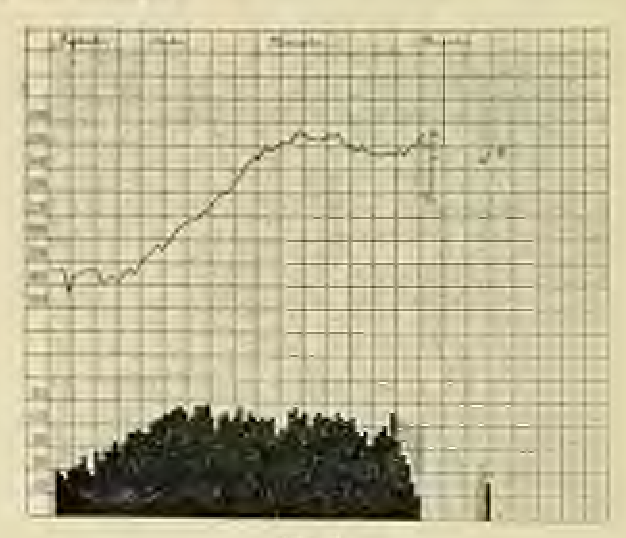


Fig. 1.

Es mußte demgemäß innerhalb von 6 Tagen abgestillt werden und wurde am 10. Dezember entlassen.

Bereits am 23. Dezember wurde das Kind wieder in die Säuglingsstation eingeliefert mit allen Erscheinungen einer akuten alimentären Toxikose, der es 2 Tage später erlag.

Es ist nicht der einzige Fall, bei dem auf anfänglich gute Erfolge ein derartiger Ausgang folgte. Es ist zu bedauern, daß der Arzt nur unter besonderen Umständen das Recht hat, die Entlassung des Kindes wegen der tatsächlich für dasselbe bestehenden Lebensgefahr zu verweigern. Bei einer großen Zahl von frühgeborenen Kindern, die ich im Magdeburger Krankenhause zu beobachten Gelegenheit hatte, habe ich die Erfahrung Budins bestätigt gefunden, daß solche Kinder frühestens dann aus der Anstaltsbehandlung zu entlassen sind, wenn sie sich in ihrer ganzen Entwicklung von dem gesunden ausgetragenen Kinde nicht mehr unterscheiden, wenn die Regulierung der Körperwärme normal und wenn ein Körpergewicht von 3000 g erreicht ist.

Selbstverständlich ist für die debilen Kinder die Anstaltsbehandlung um so mehr notwendig, wenn die Mutter nicht instande ist, ihr Kind zu stillen. Ich setze dabei voraus, daß die Anstalten, die für die Aufnahme kranker Säuglinge in Frage kommen, Ammenmilch für diese Notfälle zur Verfügung haben, wie es heute tatsächlich der Fall ist.

Ferner gehören in Krankenhausbehandlung alle Säuglinge, bei denen eine Erkrankung an Erbsyphilis mit Sicherheit oder auch nur mit Wahrscheinlichkeit zu diagnostizieren ist. Dem Fürsorgearzt muß unbedingt das Recht zustehen, hereditär syphilitische uneheliche Kinder dem Krankenhause zwangsweise zu überweisen, Hochsinger[1]) verlangt das gleiche Recht auch betreffs der ehelichen Kinder. Ich werde später noch bei Besprechung des Ziehkinderwesens darauf zurückkommen, wie wichtig es ist, zu verhüten, daß hereditär syphilitische Kinder in fremde Pflege gegeben werden. Die Aufnahme der Kinder ins Krankenhaus ist notwendig, um ihnen die zweckmäßige Behandlung zuteil werden zu lassen, andererseits und vor allem aber, um die Übertragung der Erkrankung auf Gesunde zu verhüten. Nach meinen Erfahrungen wird dieser Gefahr bisher auch von Ärzten zu wenig Beachtung geschenkt.

So sah ich erst jüngst ein uneheliches Kind von etwa 3 Monaten in der Fürsorgesprechstunde, bei dem unzweifelhafte Erscheinungen von Erbsyphilis bestanden. Die Mutter hatte das Kind bisher nicht vorgestellt, da es in anderweitiger ärztlicher Behandlung war, und erzählte, daß der behandelnde Arzt wegen des „Ausschlages" wohl Sublimatbäder verordnet, aber der Erkrankung keine besondere Wichtigkeit beigelegt habe. Aus seiner Verordnung glaube ich entnehmen zu können, daß auch er die gleiche Diagnose gestellt hatte. Über die Natur des Leidens aufgeklärt, fand sich die übrigens in guten Verhältnissen lebende Mutter sofort bereit, das Kind zur Behandlung der Säuglingsstation zu übergeben.

In den bisher angeführten Fällen ist die Indikation für Überweisung in Anstaltspflege und -Behandlung klar und eindeutig, in anderen läßt sie sich oft erst aus der Beobachtung stellen. Beschränkte ich mich hier auch nur auf die Frage, welche Formen von Ernährungsstörungen der Anstaltsbehandlung bedürfen, so müßte ich schon auf die Ätiologie dieser Formen eingehen, um eine allgemein verständliche Antwort zu geben. Dazu ist hier nicht der Ort und ich verweise diesbezüglich auf die betreffenden Kapitel in unserem Handbuch (Czerny und Keller, Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie). Ganz allgemein möchte ich nur sagen, daß aus der offenen Fürsorge in die geschlossene zu überführen sind 1. die kranken Säuglinge, bei denen zur Heilung des Krankheitsprozesses unbedingt Ernährung mit Frauenmilch notwendig ist und für die diese in der Außenpflege nicht zu schaffen ist, und 2. die, bei denen die dauernde Beobachtung in den Beratungsstunden den Beweis erbringt, daß die der Außenpflege zur Verfügung stehenden Mittel trotz aller Sorgfalt der Pflege und trotz sachverständigen Rates und Überwachung keine Heilung herbeizuführen vermögen. Ernährungsstörungen ex alimentatione lassen sich vielfach ambulatorisch behandeln, die Regelung der Ernährung durch den Arzt genügt häufig, um die

[1]) Schriften des I. österr. Kinderschutzkongresses. Wien 1907, Bd. III, S. 35.

Störung zu beseitigen und das Kind zu gedeihlicher Entwicklung zu bringen. Dauernder Überwachung bedürfen die an „Mehlnährschaden“ schweren Grades erkrankten Kinder schon wegen der Gefahr von Komplikationen durch sekundäre Infektionen. Und besondere Beachtung verdienen die alimentären Toxikosen, die auf bakterielle Zersetzung der Nahrung zurückzuführen sind. Rechtzeitige Überweisung ins Krankenhaus bei diesen Ernährungsstörungen, die vorwiegend Schuld an der hohen Morbidität und Mortalität der künstlich genährten Säuglinge tragen, wird am ehesten dazu beitragen, die hohe Sommersterblichkeit einzuschränken. Die richtige Auswahl der für Krankenhausbehandlung geeigneten und ihrer bedürftigen Kinder ist eine wesentliche Aufgabe des Fürsorgearztes, sie ist oft genug schwer zu vereinigen mit seiner andern Pflicht, eine Überlastung der geschlossenen Säuglingsfürsorge zu verhüten. Es ist eine alte Erfahrung der Ärzte an Säuglingsanstalten, daß eine Überbelegung der Anstalt die Mortalität unter den dort untergebrachten Kindern auffallend zum Steigen bringt. Der zur Verfügung stehende Raum legt Beschränkungen auf, und die Arbeitskraft des willigsten Pflegepersonals läßt sich nicht ohne Schaden über eine gewisse Grenze hinaus anspannen.

Wenn ich die Besprechung der besonderen Anforderungen, die die Kontrolle der Ziehkinder und der Kostkinder an die geschlossene Säuglingsfürsorge stellt, in den letzten Abschnitt meiner Ausführungen verschiebe, komme ich nun zu der Frage:

Welche Anstalten stehen für die geschlossene Säuglingsfürsorge zur Verfügung?

Vor 10 Jahren gab es in Deutschland wohl nur 4 oder 5 Anstalten, die speziell der Aufnahme von kranken Säuglingen dienten, an den allgemeinen Krankenhäusern wurden Säuglinge allenfalls zu irgendeiner Operation vorübergehend in die chirurgische Station aufgenommen, auf die innere nur dann, wenn die Aufnahme absolut nicht zu verweigern war. Seitdem sind in fast allen größeren Städten Anstalten entstanden, die sich der Säuglingsfürsorge widmen. Verschieden wie ihre Aufgaben und ihre Organisation ist die geschichtliche Entwicklung der Anstalten, denen bei der Neugründung zumeist der Name Säuglingsheim beigelegt wird. Der Bedeutung des Wortes entsprechend wären unter dieser Bezeichnung Anstalten zu verstehen, in denen gesunde oder allenfalls debile — aber nicht kranke — Säuglinge zu länger dauerndem Aufenthalt eine Zufluchtsstätte finden. Der Name Säuglingsheim wird aber in Wirklichkeit nicht nur in diesem engeren Sinne gebraucht, und die Anforderungen des Lebens haben dafür gesorgt, daß sich die Säuglingsheime — manchmal sogar gegen den Willen des Gründers — nicht mit der Erfüllung dieser einen Aufgabe begnügt haben respektive nicht begnügen konnten.

Das ergibt sich schon aus der *Geschichte* der Anstalten. Das eine Säuglingsheim ist aus einer Krippe hervorgegangen, da sich das Bedürfnis geltend machte, die Kinder nicht nur tagsüber, sondern Tag und Nacht unter Obhut zu nehmen, das andere ist im Anschluss an

eine Entbindungsanstalt entstanden, da sich die Notwendigkeit herausstellte, einzelne Kinder mit oder ohne Mutter länger als die üblichen 10 Tage in der Anstalt zu behalten. An einer Stelle hat ursprünglich nur eine Poliklinik für kranke Kinder bestanden, eine Beratungsstunde für gesunde Säuglinge hat sich angegliedert und schließlich hat der Wunsch, die unzureichende ambulatorische Fürsorge und Behandlung durch die dauernde klinische zu ersetzen, erst zur Einrichtung eines Zimmers als stationärer Abteilung, dann zur Ermietung einer Wohnung für diesen Zweck geführt, bis das Heim in ein eigenes Gebäude übersiedeln konnte. An anderer Stelle ist die Abteilung nicht viel mehr als ein Appendix an die Pflegerinnenschule gewesen, bestimmt, für die Ausbildung von Pflegerinnen und Schwestern Gelegenheit zum Unterricht zu geben, bald ist dann die Fürsorge für die Säuglinge der Hauptzweck des Institutes geworden.

Bei der Gründung der einen Anstalt haben die sozialen Aufgaben im Vordergrunde gestanden, bei der der andern die ärztlichen. Da ist ein Heim gegründet mit der bestimmten Aufgabe, Mütter mit ihren gesunden Kindern aufzunehmen, um den natürlichen Zusammenhang zwischen Mutter und Kind zu unterstützen und so beiden zu nutzen. Kranke Kinder wurden ursprünglich nicht aufgenommen, erkrankte den Krankenanstalten überwiesen. Im Laufe der Entwicklung konnte aber das System nicht innegehalten werden, und so ist in dem sozialen Heim eine Abteilung für kranke Säuglinge entstanden. Gerade umgekehrt geht die Entwicklung einer Krankenstation. Für die kranken Säuglinge ist Ernährung mit Frauenmilch notwendig; es werden also stillende Mütter aufgenommen, die selbstverständlich ihr eigenes Kind weiterstillen. Die Abteilung übernimmt die Sorge für Ammen und Ammenkinder und wird so zum Heim.

Mehrfach hat erst eine Änderung der Stiftungszwecke die Umwandlung der Anstalt in ein Säuglingsheim ermöglicht. So ist das Säuglingsheim in Solingen-Haan aus einem Versorgungshaus entstanden, das ursprünglich die Bestimmung hatte, erstgefallenen Mädchen vor der Entbindung und erstentbundenen, eben aus den Entbindungsanstalten entlassenen mit ihren Kindern Unterkunft zu gewähren. Selter schreibt über die früheren Erfolge in seinem ersten Jahresbericht: „Kindbettfieber war viel im Hause, unter den Säuglingen hielt der Tod grausame Ernte.“ Dieselbe Erfahrung habe ich seinerzeit mit der Lungstrasschen Anstalt in Bonn gemacht, die den sämtlichen Versorgungshäusern in Deutschland und zum Teil im Ausland als Vorbild gedient hat und deswegen in der gesamten Fürsorgeliteratur rühmend erwähnt wird. In der Fürsorge für die Kinder war die Anstalt alles andere als vorbildlich.

Aus recht verschiedenen Anfängen sind also unsere Säuglingsheime hervorgegangen. Das eine hat sich der Mütter annehmen wollen und übernimmt dazu die Fürsorge für die Kinder, das andere umgekehrt dehnt die Fürsorge von den Kindern auf die Mütter aus, dieses nimmt in das ursprüngliche Gesundenheim kranke Kinder auf, jenes errichtet neben der alten Krankenstation ein Heim für gesunde Kinder und Mütter.

das eine dient ursprünglich nur sozialen Zwecken, nimmt dann ärztliche auf und umgekehrt. Schließlich gleichen sich die Unterschiede in der Tendenz der Anstalten mehr und mehr aus, am besten bewährt haben sich die Heime, welche Organisation und Betrieb den sich ändernden Anforderungen am besten anzupassen verstanden haben. Das gemeinsame Ziel für alle Heime ist die Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeit. Für die Entwicklung der einzelnen Anstalt war oft die Anschauung oder eine besondere Neigung des leitenden Arztes maßgebend, öfter die Rücksicht auf die bestehenden lokalen Verhältnisse und auf die zur Verfügung stehenden Mittel.

Für die meisten Säuglingsheime in Deutschland ist das Dresdner Heim Vorbild gewesen, dessen Programm und Arbeitsfeld sich unter Schloßmanns Leitung immer mehr erweitert hat. Im Hause vereinigt sind Säuglingskrankenabteilung, Poliklinik, Laboratorium, Ammenvermittlungsbureau, Milchküche, Schwesternschule. Von der Anstalt wird über die in Außenpflege gegebenen Ammenkinder ständige Kontrolle ausgeübt, und der Anstalt ist als Filiale ein Waldheim angegliedert, in welchem die Kinder im Reparationsstadium Aufnahme finden, und das so zur Entlastung des Haupthauses dient. Die verschiedenen Zweige haben sich nach und nach entwickelt; der ursprüngliche Zweck des Heimes war die Anstaltsbehandlung kranker Säuglinge.

Die Säuglingsheime sind bei uns fast alle von Vereinen gegründet worden, das ergibt sich aus der Entwicklung der Wohlfahrtspflege in Deutschland. Die Säuglingsfürsorge ist Sache der Gemeinden und ist von ihnen bis in die jüngste Zeit im wesentlichen den Wohltätigkeitsvereinen überlassen worden. Diese haben nun einzelne Zweige übernommen, unter anderem auch Anstalten für Säuglinge und Wöchnerinnen gegründet und je nach der Tatkraft des Vereines oder richtiger einzelner Persönlichkeiten ihr Arbeitsgebiet erweitert. In vielen Städten ist die Säuglingsfürsorge — abgesehen nur von der Ziehkinderkontrolle — an ein privates Säuglingsheim angeschlossen und um dieses herumgewachsen. Heute aber, wo sich die Notwendigkeit bemerkbar macht, die kommunale Fürsorge einheitlich zu organisieren, da tritt auch die Frage an uns heran, die verschiedenen Anstalten, die der Säuglingsfürsorge dienen, als Glieder des Ganzen einzureihen und ihnen bestimmte Aufgaben zu überweisen. Nur so ist eine volle Ausnutzung der Kräfte möglich und die einzelne kleinere Anstalt sichert unter Umständen ihre Existenz, wenn sie auf einen Teil ihres Bestimmungsrechtes im Interesse des Ganzen verzichtet.

Die Bedeutung der verschiedenen Anstalten läßt sich nur richtig beurteilen, ihre Aufgaben lassen sich nur bestimmen, wenn wir die Anstalten als Hilfsorgane der öffentlichen und privaten Säuglingsfürsorge betrachten und jeder einzelnen den richtigen Platz in der geschlossenen Fürsorge und die rechte Stellung zur offenen Fürsorge anweisen. Zu diesem Zwecke möchte ich die Anstalten der geschlossenen Säuglingsfürsorge einteilen in 3 Kategorien:

1. Anstalten, die der Unterbringung und Pflege gesunder Säuglinge und stillender Mütter dienen. Hierher gehören Entbindungsanstalten und Wöchnerinnenasyle, ferner Säuglingsheime (im engeren Sinne), die gesunden Kindern und ihren Müttern für längere Zeit ein Heim bieten;

2. Anstalten, deren wesentliche Aufgabe die Behandlung kranker Säuglinge ist (Säuglingskrankenhäuser oder Säuglingsabteilungen in allgemeinen Krankenhäusern);

3. Anstalten, die in demselben Sinne wie die Obdachlosenasyle für Erwachsene wirken und nur zu vorübergehendem Aufenthalt gesunder Kinder bestimmt sind.

Die Einteilung ergibt sich schon aus meinen einleitenden Ausführungen über die Frage, welche Säuglinge der geschlossenen Fürsorge bedürfen. Ich lasse auch hier wieder vorläufig die Anstalten außer acht, die nur als Hilfsorgane der Ziehkinderfürsorge funktionieren.[*] Um Mißverständnisse zu vermeiden, muß ich auf eine Verwirrung in der Nomenklatur hinweisen. In einzelnen Städten wird die unter 3. genannte Anstalt als „Asyl“ bezeichnet und ist, wie gesagt, nur Durchgangsstation für gesunde Kinder, in anderen Städten ist das „Asyl“, z. B. das von Finkelstein geleitete der Stadt Berlin, die Krankenstation der Waisenpflege, es hat ganz ähnliche Aufgaben, wie ein modernes Findelhaus (Graz) und regelt die Außenpflege der Waisensäuglinge. Das Vermischen von sozialen und ärztlichen Aufgaben erschwert die Orientierung, aber nach der Entwicklung der modernen Säuglingsfürsorge halte ich es für ausgeschlossen, daß irgendeine der Anstalten ihrer Pflicht gerecht werden kann, wenn sie nicht auch die Forderungen der sozialen Fürsorge berücksichtigt.

Um die Stellung der verschiedenen Anstalten in der Säuglingsfürsorge zu kennzeichnen und ihren Wirkungskreis, soweit es möglich ist, abzugrenzen, will ich von den Verhältnissen ausgehen, die mir am besten bekannt sind. In Magdeburg haben wir außer der Provinzialhebammenlehranstalt, der laut Vertrag zwischen den städtischen Behörden und der Provinzialverwaltung sämtliche Mütter, die in einer Anstalt Entbindung suchen, zugewiesen werden, ein Wöchnerinnenasyl und ein Säuglingsheim, die beide von Wohltätigkeitsvereinen mit städtischer Subvention erhalten werden, ein Kinderasyl in der städtischen Armen- und Arbeitsanstalt und die Säuglingsabteilung im städtischen Krankenhause. Soweit die Anstalten nicht städtisch sind, stehen sie entweder im Vertragsverhältnis mit der Stadt oder erhalten städtische Unterstützung.

Für die Entbindungsanstalten ist die Sorge für die Säuglinge nur Nebenzweck, alle aber sollten sich auf diesem Gebiet einer gemeinsamen Organisation unterordnen und nach ihren Kräften an der Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeit mitarbeiten. Eine Zentrale für die Säuglingsfürsorge ist notwendig, und als solche kann nur eine städtische Behörde dienen, der der ärztliche Leiter der kommunalen Säuglingsfürsorge angehört und der die Vorstände der beteiligten Anstalten bezüglich der Vereine beizuordnen sind. In der Zentrale ist bereits die offene Säuglingsfürsorge organisiert, dazu gehört die Berufsvormundschaft, die Aufsicht über die

unehelichen und die Ziehkinder und die ärztlichen Beratungsstunden. Gerade aus dieser Tätigkeit kommt der Zentrale eine Fülle von Tatsachen zur Kenntnis, ein Material, das unerläßlich ist, um die Mittel der Armenpflege und der Wohltätigkeit so zu verteilen, wie es im Interesse der Gesamtheit erwünscht ist. Wenn es sich um Recherchen handelt, wird die Zentrale mit Hilfe ihrer eigenen Organe viel eher die Möglichkeit haben, die Notwendigkeit einer Unterstützung oder einer Anstaltsbehandlung nachzuprüfen, als es die einzelne Anstalt tun kann. Es bestände nur eine Gefahr, daß in der Zentrale der Bureaukratismus die Oberhand gewinnt. Es wird kaum der Fall sein, solange die Vereine vertreten sind und solange der Arzt in den Beratungsstunden, die besoldeten Pflegerinnen bei ihren häuslichen Besuchen im ständigen Verkehr mit den Müttern bleiben.

In der geschlossenen Säuglingsfürsorge fiele der Zentrale die Aufgabe zu, zwischen den Anstalten zu vermitteln, die Kinder zweckentsprechend der richtigen zu überweisen, die Kontrolle über sämtliche Kinder nach der Entlassung zu übernehmen und den Anstalten Auskünfte über die Außenpflege zu erteilen. Ich halte es für zweckmäßig, daß die Aufsicht in der Außenpflege, die pflichtgemäß von den besoldeten Pflegerinnen geübt wird, nur von diesen ausgeführt wird, da eine doppelte Kontrolle nur Mißverständnisse und eventuelle Widersprüche veranlaßt. Die Verteilung der Aufgaben auf die verschiedenen Anstalten denke ich mir in folgender Weise:

Die unehelichen Mütter, die gezwungen sind oder den Wunsch haben, für die Entbindung Unterkunft in einer Anstalt zu suchen, werden der Provinzialhebammenlehranstalt zugewiesen. Während der ersten 10 Lebenstage des Kindes hat die städtische Pflegerin Pflicht und Recht, sich mit den Müttern in Verbindung zu setzen, um die erste Anfrage im Auftrage des Vormundschaftsgerichtes zu erledigen. Es wäre vorteilhaft, wenn schon bei der ersten Vorstellung der Schwangeren in der Anstalt, die oft wochenlang vor der Entbindung stattfindet, die unehelichen Mütter auf das Institut der Berufsvormundschaft hingewiesen und dem Berufsvormund zugeschickt würden, damit dieser bereits die ersten Schritte für die Regelung der Alimentierung tun kann. Bei dem ersten Besuch in der Entbindungsanstalt hat die Pflegerin auch von der Mutter zu erfragen, wo und wie sie und ihr Kind nach der Entlassung aus der Anstalt Unterkunft findet. Dieser Bericht sowie der Fragebogen des Vormundschaftsgerichtes — letzterer zur Weitergabe an das Gericht — wird der Zentrale übergeben.

Das hiesige Wöchnerinnenasyl nimmt fast nur eheliche Mütter auf, der Vorstand würde an die städtische Zentrale nur dann eine Meldung abgeben, wenn für Kind oder Mutter öffentliche Unterstützung gesucht wird.

Den Entbindungsanstalten kommt in der Säuglingsfürsorge, abgesehen von dem indirekten Einfluß, den sie durch die Ausbildung der Hebammen ausüben, eine sehr große Bedeutung zu. Wie den Müttern dort die Notwendigkeit natürlicher Ernährung dargestellt wird, das bleibt maßgebend für ihre Entschließung, und zwar nicht nur für die Dauer des Aufenthaltes

in der Anstalt, sondern lange darüber hinaus. Geburtshelfer und Hebammen werden ihren Einfluß auf die Säuglingsernährung behalten, und es ist daher notwendig, daß zwischen den Leitern der Säuglingsfürsorge und den Geburtshelfern, zwischen den Säuglingspflegerinnen und den Hebammen einigermaßen Übereinstimmung in den Anschauungen über Säuglingspflege und -Ernährung herrscht. Wir dürfen nicht vergessen, daß ein großer Teil der unehelichen Geburten auf die Hebammenlehranstalt entfällt: von den 894 im Jahre 1906 in Magdeburg geborenen unehelichen Kindern sind nicht weniger als 345 in der Hebammenlehranstalt geboren.

Wollen die Mütter mit ihren Brustkindern nach der Entlassung aus der Entbindungsanstalt eine andere Anstalt aufsuchen, so werden sie entweder dem Säuglingsheim oder der Säuglingsstation im Krankenhause zugewiesen. Es ist erwünscht, daß möglichst wenige Kinder direkt in die Außenpflege abgegeben werden. Denn überall — erst jüngst wieder berichten in diesem Sinne E. und L. Oberwarth über die Tätigkeit des Vereines „Unterkunft für hilfsbedürftige Wöchnerinnen in Berlin“ — hat sich gezeigt, daß die Lebensaussichten der Säuglinge durch einen längeren Aufenthalt in der Anstalt nach der Entbindung erheblich gebessert werden. Aus diesem Grunde ist es auch notwendig, daß die Kinder sofort aus der Entbindungsanstalt in die Pflege des Säuglingsheimes übergehen. Dort sollten nur ausnahmsweise Kinder aus der Außenpflege aufgenommen werden, im allgemeinen nur Neugeborene. Mütter, die nur ihr eigenes Kind, kein fremdes daneben, stillen wollen, gehören ins Säuglingsheim, kranke Säuglinge, früh- und schwachgeborene, die einer besonderen Pflege und Behandlung bedürfen, ins Krankenhaus. Meines Erachtens soll der Betrieb des Säuglingsheimes so eingerichtet sein, daß die Unkosten pro Kopf wesentlich geringer sind als im Krankenhause. Der Zweck des Säuglingsheimes läßt sich mit geringeren Mitteln erreichen, wenn es sich, wie gesagt, im wesentlichen auf die Pflege gesunder Kinder beschränkt und kranke ans Krankenhaus abgibt. Die Aufgaben der Säuglingsheime lassen sich im Interesse des Ganzen zweckmäßig erweitern, wenn sie den Krankenstationen als Rekonvaleszentenabteilung dienen und so zur Entlastung des teureren Betriebes beitragen. Ich komme darauf bei Besprechung der Frage, wie lange die kranken Kinder der Anstaltsbehandlung bedürfen, zurück.

Um die Einrichtungen des Magdeburger Säuglingsheimes, das, dem Zuzuge ortsfremder Schwangerer in die hiesige Hebammenlehranstalt entsprechend, seine Tätigkeit auf die ganze Provinz erstreckt, nach Möglichkeit für die Stadt nutzbar zu machen und um das Heim den vorhandenen Einrichtungen der Säuglingsfürsorge zweckmäßig anzugliedern, haben die städtischen Behörden auf Veranlassung von Herrn Stadtrat Lindemann beschlossen, die Beihilfe der Stadt nicht in einer festen Summe, sondern in der Weise zu gewähren, daß für jeden Verpflegungstag ein Zuschuß von 30 Pfennig aus städtischen Mitteln gezahlt wird unter der Bedingung, daß die Mutter, die selbst oder deren Kind im Säuglingsheim verpflegt wird, mindestens seit einem Jahre vor der Geburt des Kindes ihren regelmäßigen Aufenthalt in Magdeburg gehabt hat. Auf diese Weise wird

erreicht, daß die Beihilfe nur für solche Personen geleistet wird, für die zu sorgen die Stadt ein Interesse hat. Gleichzeitig ist dem Heim die Verpflichtung auferlegt, über die ins Heim aufgenommenen Personen der Armendirektion jederzeit die nötige Auskunft zu geben.

Die Säuglingsstation braucht Ammen, um für die schwerkranken Kinder, die bei künstlicher Ernährung nicht gedeihen, Frauenmilch zur Verfügung zu haben. Von der Zentrale aus muß die Verteilung der stillenden Mütter auf das Säuglingsheim und auf die Krankenstation einigermaßen geregelt werden. Es ist zu vermeiden, daß im Säuglingsheim eine große Zahl stillfähiger Mütter vorhanden ist, während zu gleicher Zeit die Krankenstation Not an Ammen hat. Die Bedingungen für die Ammen sollten für beide Anstalten übereinstimmend geregelt werden, um eine Konkurrenz auszuschließen.

Wenn auch die Säuglingskrankenstation in erster Linie ärztliche Aufgaben hat, so hat sie ebenso gut wie das Säuglingsheim soziale. Der Leiter der Station ist in Magdeburg gleichzeitig Leiter der städtischen Fürsorge. Ich habe bei der Auswahl der Ammen häufig nicht nur auf die Eignung als Amme Rücksicht genommen, sondern manche uneheliche Mutter mit ihrem Kinde in die Station aufgenommen, um sie zu unterstützen. Sie ist im Krankenhause wenigstens 6 Wochen geblieben, auch wenn ihre Milchproduktion nur gerade für ihr eigenes Kind ausreichte. Die Säuglingsstation ist ein wichtiges Glied in der Kontrolle und Fürsorge der Ziehkinder, sie spielt in Magdeburg hierfür dieselbe Rolle wie in Berlin das Kinderasyl.

Das Säuglingsasyl in der Magdeburger Armen- und Arbeitsanstalt soll nur als kurzer Aufenthalt in Fällen dienen, in denen gesunde Kinder vorübergehend ohne Pflege und Aufsicht sind, weil die Mutter plötzlich erkrankt oder weil sie ohne Obdach oder weil sie im Gefängnisse ist. Dort werden auch die Kinder vorübergehend untergebracht, die der Fürsorge der Stadt anheimfallen, bis die Heimatsbehörde über die dauernde Unterbringung verfügt hat. Es lohnt sich nicht, ein Kind für 6 oder 8 Wochen in eine Einzelpflege zu bringen, aber es ist doch nicht der Zweck des Asyls, daß gesunde Kinder monatelang dort bleiben. Diese gehören in die Außenpflege.

Wie lange sollen die Säuglinge in geschlossener Fürsorge verbleiben?

Außerordentlich wichtig für den Betrieb der Anstalten ist die Frage, wie lange die Kinder in den Anstalten bleiben sollen. Daß die Dauer des Aufenthaltes in den Entbindungsanstalten, der unter normalen Verhältnissen zumeist auf 10 Tage beschränkt wird, für Mutter und Kind zu knapp bemessen ist, wird wohl allgemein zugegeben. Nach Möglichkeit ist zu erstreben, daß die Mutter, die ihr Kind stillt, mit demselben etwa 4 Wochen in der Entbindungsanstalt oder in dem zugehörigen Säuglingsheime bleibt. Ist die Milchsekretion vollkommen im Gang, sind die Schwierigkeiten, die das Stillen besonders bei Erstgebärenden in diesen Wochen macht, überwunden, dann wird die Mutter, wenn es ihr über-

haupt möglich ist, ihr Kind auch weiterstillen. Denn mittlerweile ist durch das enge Zusammenleben mit demselben, durch die ständige Pflege, die sie ihm hat zuwenden müssen, die Mutterliebe erwacht, die wir leider so oft fehlen sehen, wenn Mutter und Kind bereits nach 10 Tagen getrennt werden. Um ihr das Stillen draußen wirtschaftlich zu erleichtern und noch um einen besonderen Anreiz dazu zu geben, dazu werden die Stillprämien wohl beitragen. Nicht aber werden sie dazu ausreichen, selbst unter Zuhilfenahme einer Armenunterstützung, Mutter und Kind zu erhalten, wenn beide im übrigen ohne Existenzmittel sind. Wollen wir das Stillen in diesen bedürftigsten Fällen fördern, dann bleibt wohl nichts anderes übrig, als beide in ein Säuglingsheim aufzunehmen, dort sollen sie so lange bleiben, als die Mutter ihr Kind stillen kann und weiter bis es abgestillt ist und ohne Risiko auch in fremde Pflege gegeben werden kann.

Schwieriger ist die Frage, wie lange die **k r a n k e n** Säuglinge im Krankenhause oder überhaupt in Anstaltsbehandlung verweilen sollen, wann sie in Außenpflege entlassen werden können. Die Frage hat bereits zu vielen Diskussionen Veranlassung gegeben, sie ist zu verschiedenen Zeiten und von verschiedenen Ärzten recht verschieden beantwortet worden. Sie ist für den Erfolg der Anstalt, wie ich ihn verstehe, von größter Wichtigkeit, denn von ihrer richtigen Entscheidung hängt der Nutzen der Anstalt als Organ der Gesamtfürsorge ab.

Dem Unterschiede zwischen Spitals- und Einzelpflege hat als erster **H e u b n e r** seine besondere Aufmerksamkeit zugewendet, die Untersuchungen sind später von **F i n k e l s t e i n** fortgesetzt worden. Ein Urteil steht überhaupt nur den Ärzten zu, die die Kinder nach der Entlassung aus dem Krankenhause auch in der Außenpflege in ständiger Beobachtung behalten und ihr Schicksal verfolgen. Daß die Frage noch nicht spruchreif ist, geht schon daraus hervor, daß sich heute noch in der Diskussion große Differenzen in den Anschauungen ergeben.

Es gibt Ärzte, die nur zu oft die Erfahrung haben machen müssen, daß in gutem Zustande entlassene Kinder wenige Tage nachher wiederum krank aus der Außenpflege ins Krankenhaus zurückgebracht werden und die infolgedessen am liebsten die Kinder bis zur vollständigen Heilung der Ernährungsstörung im Krankenhause behalten, bis sie sie also als gesund der Außenpflege übergeben können. Auf der anderen Seite stehen Ärzte, die aus Furcht vor dem „Hospitalismus“ in der Meinung, daß die Säuglinge im Krankenhause nicht mit genügender Sicherheit vor Infektionen zu schützen sind, die Kinder möglichst bald in Außenpflege abzugeben suchen.

Die letztere Ansicht ist durch die Erfolge gut geleiteter Säuglingskrankenhäuser widerlegt. Das Absinken der Morbidität und Mortalität unter den kranken Kindern, die wochen- und monatelang in Anstaltsbehandlung sein müssen, ist der beste Maßstab für die Leistungen von Arzt und Pflegepersonal. Wenn es überhaupt noch eines Beweismaterials gegen den früher so sehr gefürchteten Hospitalmarasmus bedürfte, könnte ich aus den Beobachtungen der Säuglingsabteilung eine große Zahl von

Körpergewichtskurven gesunder Ammenkinder und kranker Säuglinge aufweisen, wie wir sie besser selbst unter den günstigsten Verhältnissen der Privatpraxis nicht finden. Aber jede Anstalt kann derartige Beobachtungen in genügender Zahl beibringen.

Ebensowenig will ich behaupten, daß die Anstaltspflege stets der Außenpflege, wie sie für unsere fürsorgebedürftigen Säuglinge in Betracht kommt, überlegen ist. Aber es erscheint mir doch nicht unnütz, an einigen Beispielen den Unterschied zwischen beiden zu erläutern.

Karl G. wurde am 22./3. 1907 als gesundes (2.) Kind mit der Mutter in die Säuglingsabteilung aufgenommen und gedieh bei natürlicher Ernährung ohne wesentliche Störungen. Als Anfang Juli die Mutter eine auswärtige Ammenstelle annehmen wollte, mußte das Kind plötzlich abgestillt werden. Das ging nicht ganz ohne Störung, aber nach wenigen Tagen stand der Entlassung nichts wesentliches mehr im Wege.

Schon nach 7 Tagen wurde das Kind mit einer akuten Störung, die sich auch in einem Gewichtsverlust von 400 g zu erkennen gab, wieder eingeliefert. Bei zweck-

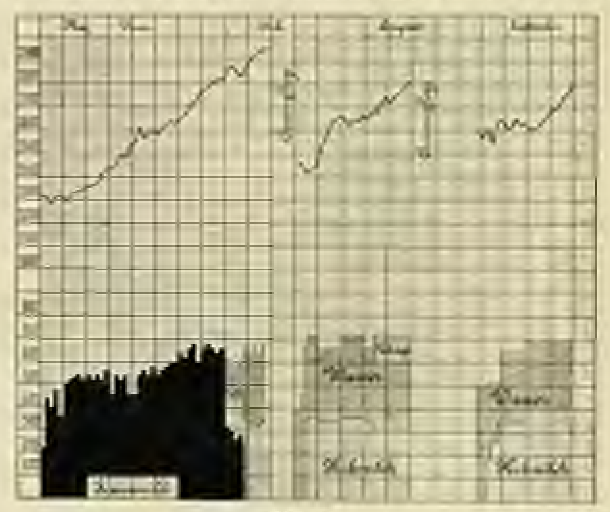


Fig. 2.

mäßiger Therapie schwanden die Darmerscheinungen bald, ohne daß wir zu Ernährung mit Frauenmilch übergehen mußten, und Gewichtszunahme trat ein. Der gleiche Vorgang wiederholte sich Ende August, als wir das Kind nach 14tägiger Außenpflege wiederum mit Ernährungsstörung aufnehmen mußten. Trotz der bald eintretenden Besserung der Darmerscheinungen und des Allgemeinbefindens hätte ich dieses Mal das Kind unter keinen Umständen so schnell wieder in Außenpflege entlassen, wenn sich nicht die Mutter bereit erklärt hätte, es in eigene Pflege zu nehmen und Allaitement mixte durchzuführen.

Ein Blick auf die Kurve Fig. 2, in der auch Nahrungsmenge und Nahrungsform eingetragen ist, zeigt die Differenz zwischen Außen- und Anstaltspflege zugunsten der letzteren.

Ein ähnliches Bild zeigt die Kurve Fig. 3, bei der es sich um ein älteres und künstlich ernährtes Kind handelt.

Liesbeth M., am 12./10. 1906 als 3. Kind einer gesunden Mutter (Dienstmädchen) geboren, wurde in den ersten 8 Lebenstagen gestillt, dann in fremder Pflege künstlich genährt. Am 3./11. 1906 wurde das gesunde kräftige Kind zum ersten Male in der

Fürsorgesprechstunde vorgestellt und blieb in meiner Beobachtung, da es aus der städtischen Milchküche sterilisierte Milch erhielt. Die Wägungen in den nächsten Wochen ergaben folgendes Resultat:

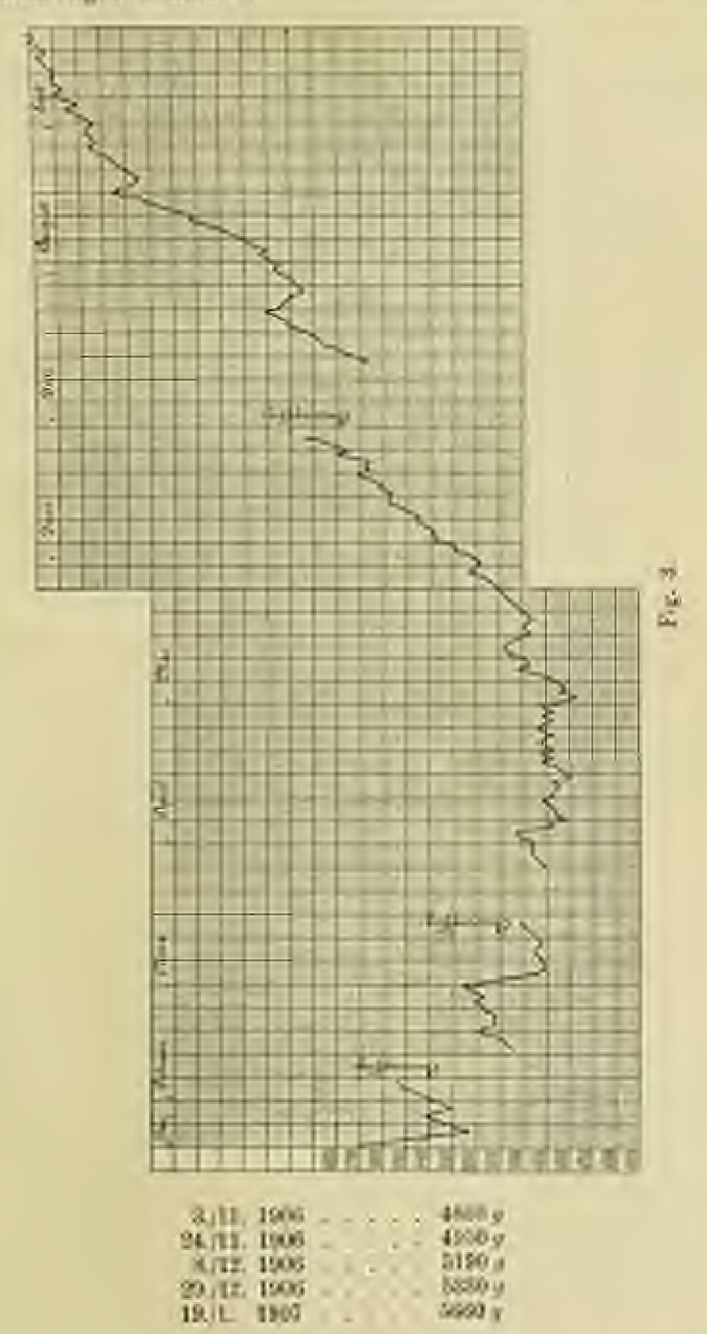


Fig. 3.

3./11. 1906	. . . . .	4880 g
24./11. 1906	. . . . .	4930 g
8./12. 1906	. . . . .	5190 g
29./12. 1906	. . . . .	5330 g
19./1. 1907	. . . . .	5660 g

Am 26./1. wurde das Kind wegen einer akuten Ernährungsstörung in die Säuglingsabteilung aufgenommen, am 3./2. nach anscheinender Besserung entlassen, am 15./2. bereits wieder in die Abteilung zurückgebracht. Es blieb bis Mitte März in Anstaltsbehandlung, ohne daß diesmal ein Erfolg erzielt wurde. Noch weniger war dies in der Außenpflege der Fall, so daß es Ende März wieder der Säuglingsabteilung übergeben wurde.

Wie schwer die Ernährungsstörung war, respektive [illegible] geworden war, zeigt die Körpergewichtskurve ebenso wie die Krankengeschichte. Bei künstlicher Ernährung dauerte das Reparationsstadium, ohne durch erneute Darmstörungen unterbrochen zu werden, Monate hindurch. Erst von Mitte Mai an machte die Entwicklung sichtbare Fortschritte, die sich auch in der Gewichtskurve zu erkennen geben.

Ende Juni glaubte ich, das Kind ohne Gefahr in Außenpflege entlassen zu können. Es war ein Irrtum. Die Pflegemutter vermochte keinen Erfolg zu erzielen, während im Krankenhause nach der nochmaligen Aufnahme Mitte Juli die Entwicklung des Kindes ohne Störung weiter verlief. Erst Ende September wurde es definitiv in Außenpflege gegeben und ist dort dann weiter gut gediehen.



Fig. 3.

Dieser zweite Fall ist darum besonders interessant, weil das Kind in der Außenpflege immer wieder zu derselben Pflegefrau zurückkehrte, bei der es von Anfang an gewesen war. In gesunden Tagen war es in ihrer, übrigens als zuverlässig bekannten Pflege gut gediehen (Beobachtung in der Fürsorgesprechstunde), aber nach der Erkrankung blieben alle Versuche der Außenpflege vergeblich und wir erhielten das Kind nur stets mit einer Verschlimmerung wieder in die Anstaltsbehandlung zurück.

Die Gefahr, die den Kindern droht, besonders wenn sie in gutem Allgemeinzustande entlassen werden, wenn die Magendarmfunktionen anscheinend normal sind, wenn die Säuglinge also nach Ansicht des Laien wieder vollkommen gesund sind, ist stets und ständig die Überfütterung. Als charakteristisches Beispiel führe ich einen Ausschnitt aus der Gewichtskurve (Fig. 4) und die Krankengeschichte eines Kindes an.

Walter F., am 1./10. 1906 geboren, am 16./1. 1907 wegen Milchnährschaden infolge von Vollmilchüberfütterung und wegen Furunkulose in die Abteilung aufgenommen. Zuerst bei Allaitement mixte, dann bei künstlicher Ernährung kam es zu einer langsamen Reparation, die von Anfang April an auch zu einer regelmäßigen geringen Körper-

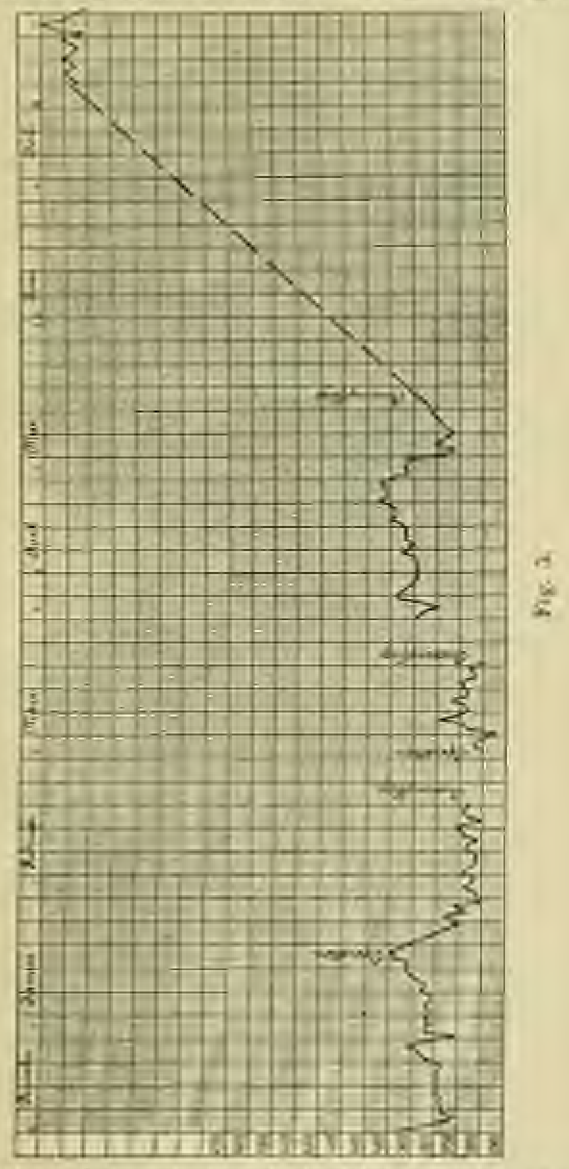


Fig. 2.

gewichtszunahme führte. Anfang Juni wurde das Kind in recht gutem Ernährungszustand entlassen, um nach 6 Tagen zwar mit einer Gewichtszunahme von 120 g, aber mit einer akuten alimentären Toxikose zurückzukehren. Dem anfänglichen Gewichtsabsturz folgte im Krankenhause dann wieder eine Periode regelmäßig fortschreitender Entwicklung, wie sie auch in der Gewichtskurve zum Ausdruck kommt.

In demselben Sinne ist die folgende Beobachtung zu deuten. Werfen wir zunächst einen Blick auf den Verlauf der Gewichtskurve (Fig. 5) im allgemeinen, so fällt der Unterschied zwischen dem Verhalten des Körpergewichtes in den Monaten Juni—Juli im Vergleich zu dem vorangegangenen Halbjahr auf. Sehen wir uns genauer die Einzelheiten an, so finden wir in den ersten Monaten nur geringe Schwankungen des Körpergewichtes, die zum Teil durch die Verminderung der Nahrungsaufnahme nach den beiden Operationen der Hasenscharte bedingt, dagegen von dem Wechsel der Außen- und Spitalspflege nicht wesentlich abhängig sind. Nach dem ganzen Verlauf glaubte ich gerade in diesem Falle auf einen guten Erfolg der Außenpflege rechnen zu können. Das Erreichte aber war nur ein Scheinerfolg, denn unzweifelhaft ist der ungünstige Verlauf der Erkrankung Ende Juli ausschließlich der Außenpflege zur Last zu legen.

Martha W., am 14./11. 1906 geboren, von Anfang an künstlich genährt, wurde am 10./12. 1906 zur Operation einer doppelten Hasenscharte, die mit Wolfsrachen kombiniert und durch rüsselartiges Prominieren des Zwischenkiefers kompliziert war, dem Krankenhause überwiesen. Auf die chirurgische Behandlung, deren Endeffekt ein sehr guter war, will ich nicht eingehen, sondern nur auf den Ernährungserfolg. Bis zum 21./5. 1907 war das Kind in klinischer Behandlung, vorübergehende Außenpflege 14. bis 28./2. und Ende März hatte keinen Einfluß. Die Krankengeschichte und die Körpergewichtskurve belehrt uns, daß in dieser langen Zeit von 5 Monaten das Kind zunächst bei Allaitement mixte, dann bei künstlicher Ernährung in seiner gesamten Entwicklung, ohne besondere Störungen aufgewiesen zu haben, recht langsame Fortschritte gemacht hat. Bei der Entlassung am 21./5. hatte es sein Anfangsgewicht von 3560 g.

Nach der Entlassung aus der klinischen Behandlung verlor ich es aus der Beobachtung und sah es erst am 21./7. 1907 wieder: es hatte in den 2 Monaten 1500 g an Gewicht zugenommen, zeigte gute Farben und anscheinend guten Ernährungszustand — aber gleichzeitig bestanden Störungen der Magendarmfunktionen und des Allgemeinbefindens, die die Pflegemutter veranlaßten, die Aufnahme des Kindes nachzusuchen. Trotz aller therapeutischen Hilfsmittel ging das Kind 14 Tage später zugrunde, ohne daß die Todesursache mit Sicherheit festgestellt werden konnte. Obduktion wurde verweigert.

Noch krasser ist der Gegensatz zwischen dem wirklichen Erfolg der Anstaltsbehandlung und dem Scheinerfolg der Außenpflege im folgenden Falle, der ein typisches Beispiel für die Ernährungstherapie und Reparation bei alimentärer Toxikose und für das vollständige Versagen der Außenpflege ist. Ich habe in der Gewichtskurve (Fig. 6) die Menge und Zusammensetzung der Nahrung eingetragen, um zu zeigen, wie wir nach 16stündiger Teediät erst zur Hälfte verdünnte Kuhmilchmolke, dann ausschließlich Brust, später Allaitement mixte mit Malzsuppe verabreichten, um schließlich das Kind auf zur Hälfte mit Wasser[1]) verdünnter Milch abzustillen.

Else Sch., am 5./4. 1906 als 2. gesundes Kind der Mutter geboren, wurde zuerst 14 Tage von dieser gestillt, dann mit Milch und Haferschleim, in verschiedenen Mischungen, zumeist in unregelmäßigen Pausen ernährt. Am 8./11. 1906 wurde das Kind von der Mutter ins Krankenhaus gebracht mit der Angabe, daß das Kind seit längerer Zeit unruhig sei, seit etwa 10 Tagen nach jeder Mahlzeit erbreche und häufige, grüne, schleimige Stuhlentleerungen habe.

---

[1]) Ich muß hervorheben, daß stets Milchzuckerlösung zu verstehen ist, wenn in den Kurven „Wasser" eingetragen ist.

Bei der Art der Ernährung, wie sie aus den Eintragungen der Fig. 6 ersichtlich ist, kam es zu einer langsamen, aber regelmäßigen Reparation, die die Mutter veranlaßte, das Kind Ende Dezember aus dem Krankenhause herauszunehmen. (Körpergewicht 4220 g.)

28 Tage später wurde das Kind uns wieder zurückgebracht, 1250 g schwerer, mit allen Zeichen schwerer alimentärer Toxikose. 14 Stunden nach der Aufnahme trat der Exitus ein. Über die Ernährung in der Außenpflege war Sicheres nicht zu erfahren.

Der Fall ist deswegen von besonderem Interesse, weil er alle Phasen der Reparation zeigt. Bis zum Moment des Abfallens war es ein voller Erfolg der Anstaltsbehandlung. Aber wir wissen, daß nach dem Verschwinden der Krankheitserscheinungen bei alimentärer Toxikose eine Stoffwechselstörung zurückbleibt, die der bei „Milchnährschaden" gleich

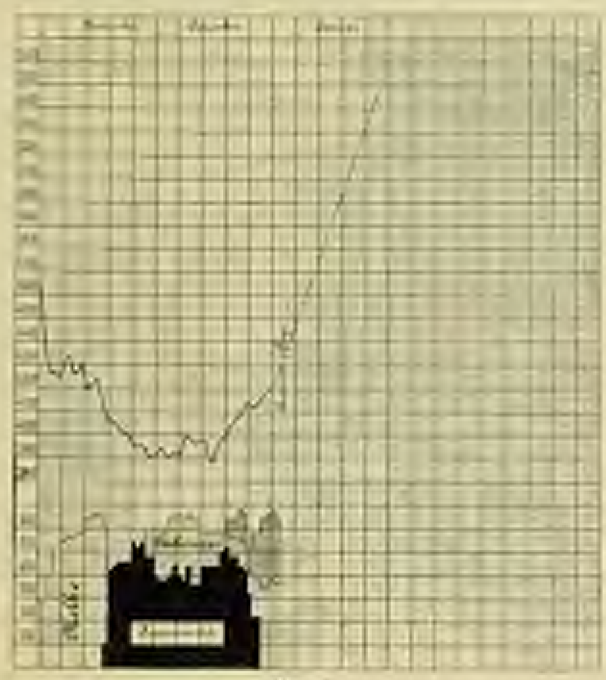


Fig. 6.

ist und die gleiche Therapie erfordert. Der Übergang zu Milchwassermischung hat in diesem Falle mit Rücksicht auf die verlangte Entlassung zu zeitig eingeleitet werden müssen, und draußen ist diese Nahrung wahrscheinlich durch eine regelrechte Überfütterung ersetzt worden, die die Schuld an dem letalen Verlauf trägt.

In diesem Falle habe ich nicht den geringsten Zweifel, daß im Krankenhause bei dauernder Überwachung, bei Bestimmung der zulässigen Nahrungsmenge und bei Auswahl der Zusammensetzung entsprechend der fortschreitenden Reparation auf den anfänglichen Erfolg der Therapie volle Heilung gefolgt wäre. Das Kind ist zu früh in die nicht genügend zuverlässige Einzelpflege entlassen worden.

Hier handelt es sich um Fehler bei der Wahl der Nahrungsform nach eingetretener Reparation, und das ist der eine Mangel frühzeitiger Entlassung in Außenpflege. Häufiger aber ist der andere, daß die Kinder kurze Zeit, nachdem die akuten Erscheinungen einer alimentären Toxikose in klinischer Behandlung geschwunden sind, entlassen werden und bei ihrer Neigung, in diesem Stadium selbst auf geringe Zersetzungen der Nahrung intensiv zu reagieren, in der Außenpflege an einem Rezidiv der Toxikose erkranken. Als Beispiel führe ich den folgenden Fall an:

Bruno St., am 5./9. 1906 geboren, als 1. Kind gesunder Eltern, mit einem Geburtsgewicht von 3500 g. Am 29./10. 1906 wurde das Kind wegen akuter Toxikose, die bei künstlicher Ernährung auftrat, ins Krankenhaus aufgenommen. In den ersten Tagen Gewichtsverlust von 280 g, dann eine schnelle und regelmäßige Reparation, die auch in der Gewichtskurve Fig. 7 zu erkennen ist. Am 1./12. wurde der Knabe, nachdem er von der während der ersten 14 Tage durchgeführten ausschließlichen Er-

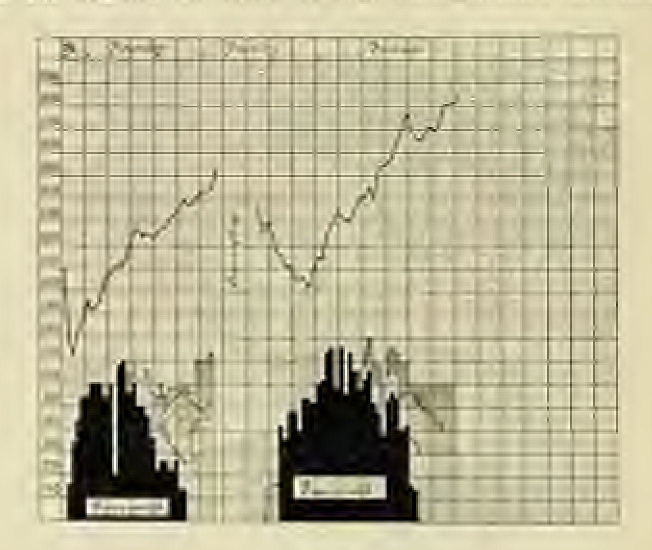


Fig. 7.

nährung mit Frauenmilch während weiterer 14 Tage allmählich entwöhnt war, auf Wunsch der Eltern entlassen, aber schon nach 9 Tagen wieder eingeliefert mit erneuten Erscheinungen akuter Toxikose. Auch diesmal wieder ein Gewichtsverlust, aber um 520 g und 14 Tage anhaltend, dann bei gutem Allgemeinbefinden und normalen Darmerscheinungen wiederum regelmäßige Gewichtszunahmen. Diesmal wurde das Kind auf Milchwassermischung mit Griesbrei-Zusatz abgestillt und mit dieser Nahrungsform am 21./1. 1907 entlassen. Auch draußen machte die Reparation weiter gute Fortschritte.

Die Reparation bei dem Rezidiv machte, wie immer, größere Schwierigkeiten als bei der ersten Erkrankung und nur dem Umstand, daß wir in beiden Fällen genügend Frauenmilch zur Verfügung hatten, war der prompte Erfolg der Anstaltsbehandlung zu verdanken, der die Fehler der Außenpflege wieder gut machte. Zumeist verlaufen die Rezidive der alimentären Toxikosen erheblich ungünstiger. Als Beispiel die beiden folgenden Fälle:

Gertrud P., am 8./10. 1906 als 2. Kind gesunder Eltern geboren, wurde 3 Wochen von der Mutter gestillt, dann mit Milch-Haferschleim ernährt. Es soll dabei leidlich gut gegangen sein, bis Anfang April eine akute Ernährungsstörung eintrat. Da sich die Darmerscheinungen bei dauernder Ernährung mit Haferschleim nicht besserten, das Allgemeinbefinden täglich schlechter wurde, brachte die Mutter das Kind, besonders wegen des bestehenden Fiebers und der Unruhe, ins Krankenhaus. Kaum waren die Krankheitserscheinungen etwas gebessert, nahm die Mutter das Kind wieder in eigene Pflege. 8 Tage später wurde es mit akuten Erscheinungen alimentärer Toxikose wieder zu uns gebracht. Bei vorsichtiger Ernährung (Allaitement mixte) Reparation, so daß das Kind am 7./6. in anscheinend gutem Zustande entlassen wurde. 10 Tage später wurde es mit einem erneuten Rezidiv der Toxikose wieder eingebracht und starb nach 48 Stunden (Fig. 8).

Ähnlichen Verlauf nahm die Krankheit in dem folgenden Fall. Die Körpergewichtskurve Fig. 9 zeigt uns allein schon, daß das Kind im Beginn der Reparation aus der Behandlung herausgenommen wurde.



Fig. 8.

Einige Wochen später wurde es wieder zu uns gebracht, ohne daß es gelang, selbst durch Ernährung an der Brust den Exitus zu verhindern.

Hildegard L., am 26./1. 1907 als 7. Kind geboren, wurde am 27./3. 1907 wegen akuter alimentärer Toxikose (bei künstlicher Ernährung) aufgenommen, gegen unseren Rat auf Wunsch der Mutter am 17./4. 1907 entlassen. Bei der Wiederaufnahme schwere Darmerscheinungen und besonders Zirkulationsstörungen.

Es ist kein Zufall, daß diese letzt angeführten 4 Kinder, bei denen die frühzeitige Entlassung das Rezidiv der Toxikose und den letalen Ausgang verschuldete, eheliche sind. Bei unehelichen Kindern würde ich, wohl mit Erfolg, den Versuch gemacht haben, die Entlassung in Einzelpflege zu verweigern. Mit Hilfe des Vormundes können wir wohl einen gewissen Zwang auf die uneheliche Mutter ausüben, wenn ihr auch gesetzlich die Sorge für ihr Kind zusteht. Jedenfalls würde ich ein uneheliches Kind, wenn es mit einem Rezidiv einer Toxikose zum zweiten Male der Kranken-

hausbehandlung übergeben wird, nicht nochmals mitten im Reparationsstadium entlassen und der in der Außenpflege vermehrten Gefahr aussetzen. Insofern sind die unehelichen Kinder heutzutage besser geschützt als die ehelichen. Schon um der aus der Krankenhausbehandlung erwachsenden Kosten willen entschließt sich der eheliche Vater viel schwerer, sein Kind ins Krankenhaus zu legen, und drängt viel eher auf Entlassung als die uneheliche Mutter, die sich zunächst kaum Sorgen darüber macht, wie sie später die Kosten decken soll, wenn nur das Kind zunächst als „Notfall" im Krankenhause untergebracht ist.

Alles in allem sind die bisher angeführten Fälle ebensoviel Beweise für die Vorteile der Krankenhausbehandlung im Vergleich zur Außenpflege, und speziell die letzten vier sprechen gegen die frühzeitige Entlassung in Einzelpflege. Demgegenüber stehen aber Beobachtungen

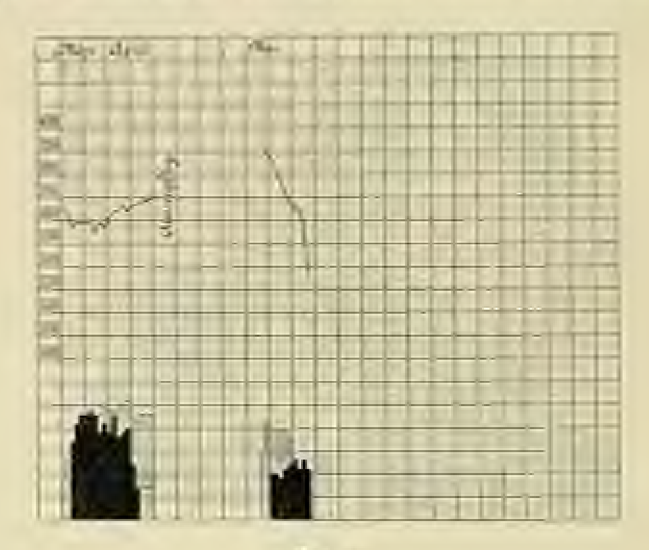


Fig. 9.

anderer Art, die wiederum zugunsten der Einzelpflege zu sprechen scheinen. Da ich später im Zusammenhange die Deutung des scheinbaren Widerspruches bespreche, führe ich hier nur die Krankengeschichten und Kurven an, die mir als Beispiele zur Demonstration geeignet erscheinen: zunächst einen komplizierteren Fall (Fig. 10).

Max M., am 19./6. 1906 geboren, 3 Monate gestillt, dann mit Milch-Haferschleimmischungen in unregelmäßigen Pausen ernährt, hatte häufig geringere Störungen. Ende Dezember eine schwerere mit den Erscheinungen einer akuten alimentären Toxikose, wegen deren die Eltern das Kind ins Krankenhaus brachten. Hier besserten sich bei Ernährung mit Molke die schweren Erscheinungen, so daß die Mutter am 21./1. 1907 die Entlassung forderte. Am 29./1. Neuaufnahme. Es war überraschend, wie schnell der anfängliche Erfolg der Spitalsbehandlung durch die Außenpflege wieder zunichte gemacht war. Neben erneuten Darmerscheinungen bestanden zahlreiche Hautabscesse

und 1950 g wurde. Alle diese Krankheitserscheinungen besserten sich in klinischer Behandlung, zum Schlusse kam es zu einer geringen Gewichtszunahme. Die Ernährung bei dem zweiten Spitalsaufenthalt bestand zunächst in Molke, dann in ½ Milch — ½ Mehlabkochung.

Nach der Entlassung am 18./3. berichteten mir die Pflegerinnen, die das Kind häufiger besuchten, von fortschreitender Besserung. Am 19./6. konnte ich es selbst bestätigen, ich fand ein Kind von 6550 g Körpergewicht in einem Gesundheitszustand, der kaum noch Residuen der früher durchgemachten Störungen erkennen ließ.

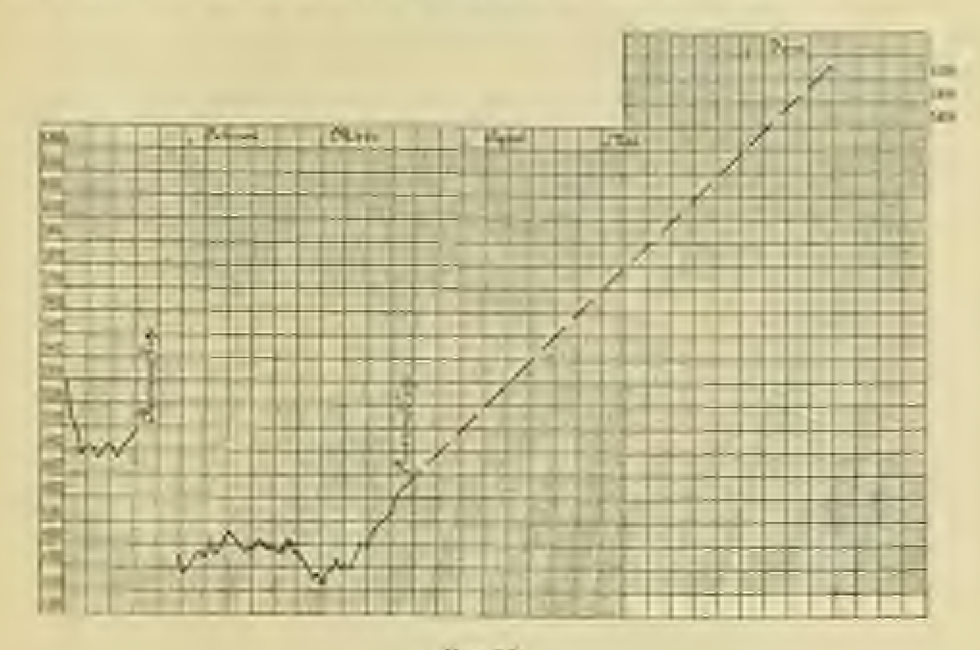


Fig. 10.

Eindeutig zugunsten der Einzelpflege sprechen die folgenden 3 Fälle.

Gertrud K. wurde mit der Mutter am 29./3. 1907 im Alter von 10 Tagen und mit einem Gewicht von 3300 g aufgenommen. Bei ausschließlicher Ernährung an der Brust und später bei Allaitement mixte ging die körperliche Entwicklung so langsam voran, daß das Kind am 27./5. mit dem gleichen Gewicht von 3300 g entlassen wurde. Die Außenpflege brachte bei künstlicher Ernährung sichtliche Fortschritte in der Entwicklung, denen die Körpergewichtskurve (Fig. 11) parallel ging.

Erika P. (Fig. 12), am 24./8. 1906 geboren, künstlich ernährt, wurde mir am 15./9. 1906 in der Fürsorgesprechstunde vorgestellt mit akuter Ernährungsstörung. Sehr gegen den Willen der Großmutter, die es in Pflege hatte, veranlaßte ich die Aufnahme ins Krankenhaus.

Bei ausschließlicher Ernährung mit Ammenmilch besserten sich die akuten Darmerscheinungen sehr schnell, aber das Kind nahm von seinem bei der Aufnahme 2850 g betragenden Körpergewicht bis zu 2400 g in den 5½ Wochen klinischer Behandlung ab, die Reparation machte keine sichtbaren Fortschritte, so daß ich mich dem Verlangen der Großmutter und des Großvater-Vormundes nicht länger widersetzen konnte und das Kind am 23./10. 1906 entlassen mußte.

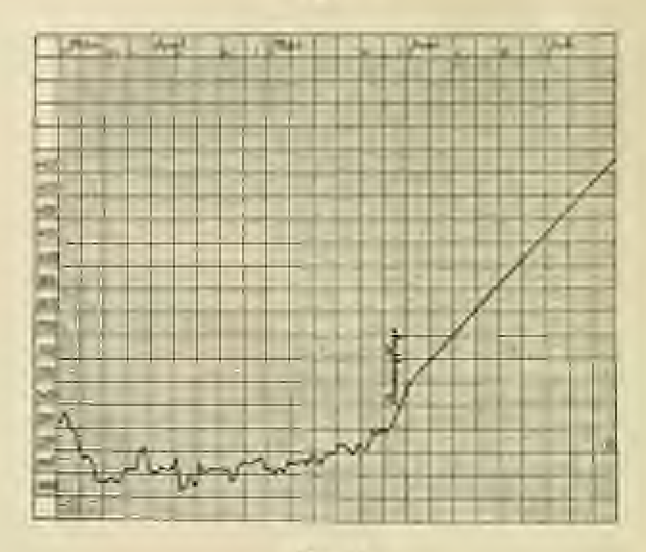


Fig. 11.

In der Außenpflege machte nun das Kind ganz regelmäßige Fortschritte, die auch in den Körpergewichtszunahmen

14./11. 1906	. . . . .	3340 g
5./12. 1906	. . . . .	3450 g
19./12. 1906	. . . . .	3850 g
9./1. 1907	. . . . .	4080 g
5./2. 1907	. . . . .	4500 g
6./3. 1907	. . . . .	5000 g
24./4. 1907	. . . . .	5500 g

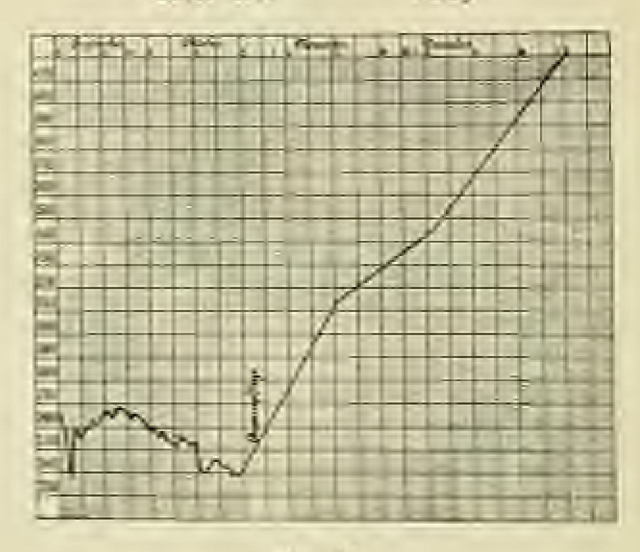


Fig. 12.

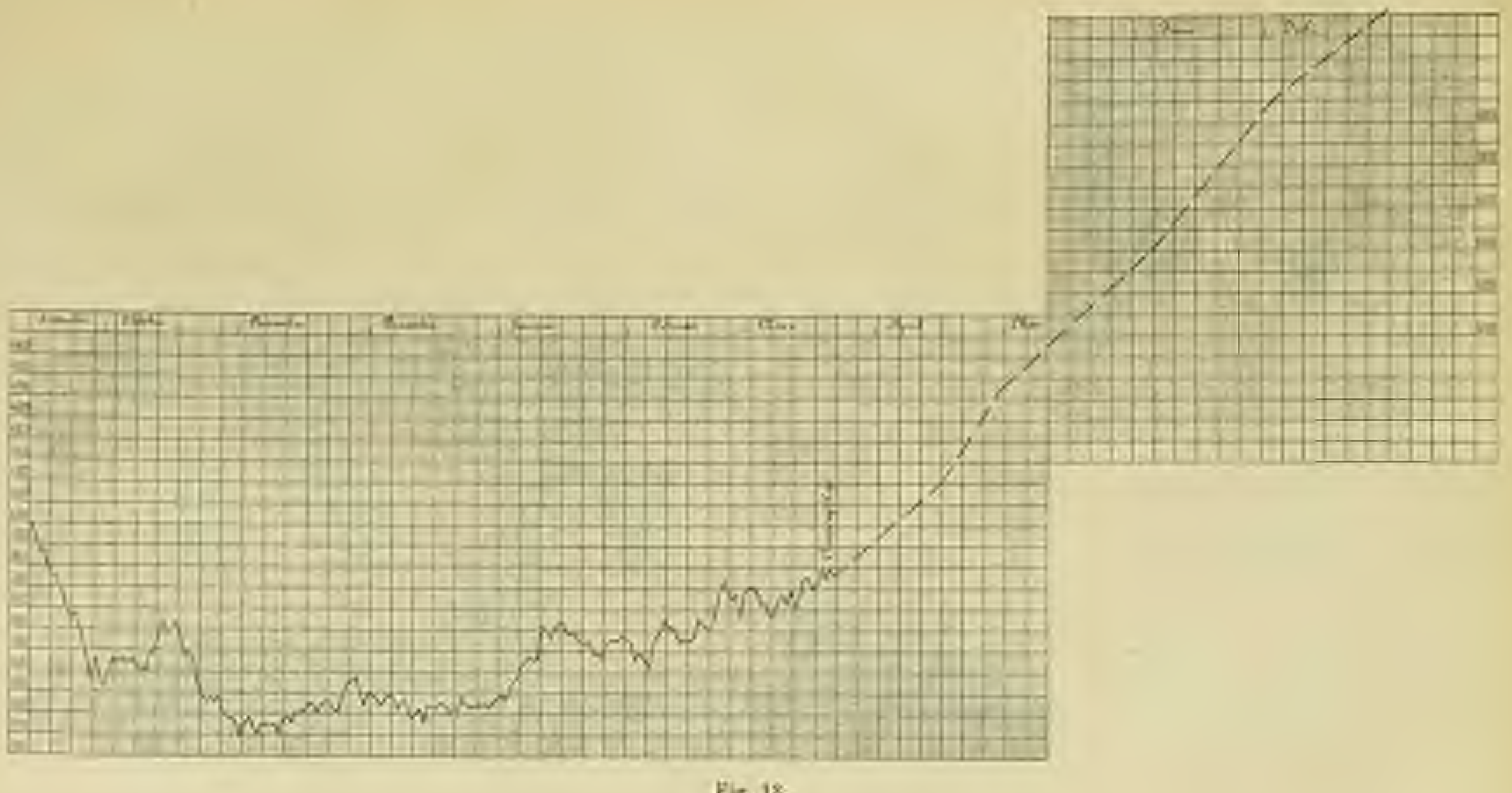


Fig. 18.

zum Ausdruck kamen, blieb zwar zart und klein, war aber auch im folgenden Sommer von Störungen verschont, so daß sie mit 1 Jahr die ersten Gehversuche machte. Bei keiner Vorstellung in der Beratungsstunde versäumte die Großmutter, mich auf die guten Erfolge ihrer Einzelpflege aufmerksam zu machen.

Grete S. (Fig. 13), am 28./8. 1906 geboren, wurde am 14./9. 1906 wegen eines Mehlnährschadens ins Krankenhaus aufgenommen. Trotz natürlicher Ernährung mit Frauenmilch (bis Jänner 1907) dauerte das Reparationsstadium sehr lange, so daß der anfängliche Gewichtsverlust von 4100 g auf 3300 g noch nicht einmal Mitte März 1907 bei der Entlassung wieder eingebracht war.

Die Außenpflege brachte bei gleicher Form und Menge der Nahrung, die dort wie im Krankenhause aus der städtischen Milchküche geliefert wurde, entschieden schnellere Fortschritte:

24./3. 1907	3340 g
16./4. 1907	4290 g
30./4. 1907	4740 g
5./6. 1907	5490 g
1./7. 1907	6100 g
31./7. 1907	6350 g

Ich habe durch Einfügung von Krankengeschichten die Darstellung so oft unterbrechen müssen, daß es mir notwendig erscheint, den Gedankengang kurz zu rekapitulieren. Es handelt sich um die Frage, wie lange kranke Kinder in Spitalsbehandlung bleiben sollen. Man sollte meinen, daß die einzig richtige Antwort auf diese Frage wäre: bis zur Heilung des Krankheitsprozesses. Und es gibt Autoren, die diesen Standpunkt vertreten. Sie stützen sich auf Beobachtungen, wie ich sie in den Fällen 8—10 mitgeteilt habe. Es sind Kinder, die im Krankenhause anscheinend bereits geheilt und in guter Gewichtszunahme begriffen gewesen sind, die in der Außenpflege nach wenigen Tagen eine neue Störung akquirieren und uns mit großen Gewichtsabnahmen und mit einer wesentlichen Verschlechterung des Allgemeinbefindens, wie sie durch das Rezidiv bedingt ist, zurückgebracht werden. Wir haben die Überzeugung, daß der Rückfall im Krankenhause zu vermeiden gewesen und daß das Kind dort weiter gut gediehen wäre. Wir können der Außenpflege nicht einmal einen Vorwurf aus dem Mißerfolg machen, denn sie kann den Anforderungen, welche die Behandlung dieser Störungen an die Pflege und Ernährung des Säuglings stellt, nicht gerecht werden und so wird das Leben des Kindes durch die zu frühzeitige Entlassung gefährdet.

Zumeist handelt es sich in diesen Fällen um alimentäre Toxikosen, deren Reparation oft Wochen und Monate dauert, deren Behandlung noch lange nach Verschwinden der sichtbaren Krankheitserscheinungen, die selbst den Laien beunruhigen, besondere Maßnahmen erfordert.

Eine andere Stellung nehmen die Fälle, wie ich sie in den Beobachtungen 5—7 gekennzeichnet habe, ein. Hier fand die Entlassung in einem weiter vorgeschrittenen Stadium der Reparation statt, man konnte versucht sein, bereits von einer Heilung des Krankheitsprozesses zu sprechen, wenn nicht der weitere Verlauf uns eines besseren respektive schlechteren belehrte. Aber hier ist der Mißerfolg der Außenpflege auf tatsächliche Fehler in der Ernährung, zumeist auf Überfütterung der Kinder zurückzuführen.

Wie dem auch sei, da wie dort trägt die frühzeitige Überweisung in Außenpflege Schuld an dem Mißerfolg. In jenen ersten Fällen durfte das Kind überhaupt nicht, in den Fällen der zweiten Art durfte es nicht in diese Einzelpflege gegeben werden.

Die Bedeutung der Sache ist nicht zu unterschätzen. Nur die Ärzte, die das Schicksal der entlassenen Kinder nicht weiter verfolgen, können sich darüber täuschen. Sie rechnen alle diese Fälle, die in scheinbar gutem Zustand, ohne sichtbare Krankheitserscheinungen und mit Körpergewichtszunahmen aus der stationären Abteilung entlassen werden, zu den „geheilten“ und zu den Erfolgen. Sie würden anders darüber urteilen, wenn sie die Kinder in der Außenpflege weiter beobachteten. Sehr lehrreich ist eine Zusammenstellung von Soltmann[1]), der mit dankenswerter Offenheit über die Erfolge der Leipziger Kinderklinik berichtet.

Im Jahre 1905 starben von 378 Kindern auf der Station 199 = 52·64%, 179 wurden entlassen. Auf eine Umfrage über das weitere Schicksal dieser Kinder erhielt er in 162 Fällen zuverlässige Auskunft und die war sehr deprimierend: von den 162 waren noch 98 in der Außenpflege gestorben. Und dabei ist nicht einmal festgestellt, ob diese letzten 64 Überlebenden auch wirklich das erste Lebensjahr erreicht haben, da sich die Nachrichten nur auf das Ende des Kalenderjahres 1905 bezogen.

Ich kann mich über die Erfolge der Anstaltspflege keiner Täuschung hingeben. Denn die entlassenen unehelichen Kinder sehe ich in den Fürsorgesprechstunden wieder, da sie vorgestellt werden müssen, und die ehelichen werden entweder weiter im Krankenhause vorgestellt oder im Hause von den städtischen Pflegerinnen besucht. Die dabei gesammelten Erfahrungen sind es auch, die mir eine immer schärfere Kritik bei der Beurteilung der Entlassungsfähigkeit kranker Säuglinge aufdrängen.

Diesen Erfahrungen stehen nun aber andere Fälle (z. B. 11—14) gegenüber, in denen die Kinder während des Aufenthaltes im Krankenhause trotz aller Sorgfalt in der Pflege, trotz aller ärztlichen Maßnahmen nicht vorwärts kommen wollen, die sich in der Außenpflege jedoch schnell erholen. Es sind Kinder, die im Krankenhause nicht etwa wiederholte Ernährungsstörungen durchmachen, sondern die trotz anscheinend guten Allgemeinbefindens, trotz ausreichender Nahrungsaufnahme und trotz anscheinend normaler Darmerscheinungen keinen wesentlichen Fortschritt in der Entwicklung zeigen. Gibt man diese Kinder in eine sorgfältige Außenpflege, so gedeihen sie häufig, wie gesagt, in überraschender Weise. Bei manchen von ihnen darf man annehmen, daß es sich um ein besonders lange ausgedehntes Reparationsstadium handelt, dem sich naturgemäß der spätere Fortschritt anschließt. Andere von ihnen werden wohl vorläufig ein Rätsel auch für den besten Anstaltsleiter bleiben, wenn er sich nicht damit abfindet, den Zustand als „Hospitalismus“ zu bezeichnen. Das eine ist mit Sicherheit aus meinen Beobachtungen festzustellen, daß es sich in diesen letzteren Fällen fast ausschließlich um Kinder

[1]) Münchener med. Wochenschrift, 1907, Nr. 2.

handelt, an denen die Symptome exsudativer Diathese nachweisbar sind. Das auffallendste ist, daß wir den schnelleren Fortschritt der Reparation in der Außenpflege auch bei Kindern beobachten, die dort genau dieselbe Nahrung in derselben Menge erhalten wie im Krankenhause. Auch der Versuch, von den Müttern zu lernen und dieselbe Nahrung zu geben, wie sie erfahrungsgemäß in der unkontrollierten Außenpflege gegeben wird, hat zu keinem Erfolg geführt.

Diese Kinder sind es, bei denen der Vorteil der gewissenhaften Einzelpflege in Erscheinung tritt. Im Gegensatze zu den oben erwähnten Kindern, die anscheinend gesund, doch zu früh entlassen werden, erscheinen diese nicht als entlassungsfähig, ich habe sie auch nur unter der Bedingung in Einzelpflege gegeben, daß sie in kurzen Zwischenräumen wieder vorgestellt werden. In einer großen Mehrzahl der Fälle sprach aber der Erfolg für die Richtigkeit der Maßnahmen. Um Irrtümer und falsche Deutungen zu vermeiden, möchte ich allerdings meiner vollen Überzeugung Ausdruck geben, daß nur die vorangehende Behandlung im Krankenhause die Vorbedingung für den guten Erfolg der Außenpflege ist.

Die Bestimmung des Zeitpunktes der Entlassung halte ich für eine wesentliche und nicht leichte Aufgabe des Leiters der Säuglingsstation. Sie kommt für ihn praktisch häufiger in Frage als für den Leiter einer chirurgischen oder einer internen Station, dessen erwachsene Patienten im eigenen Interesse in der Regel erst dann die Entlassung nachsuchen, wenn der Austritt aus der Krankenhausbehandlung das Fortschreiten der Rekonvaleszenz nicht wesentlich gefährdet. Dazu kommt, daß die Behandlung schwerer Ernährungsstörungen beim Säugling, die zur Überweisung ins Krankenhaus Veranlassung geben, meist verhältnismäßig lange Zeit in Anspruch nimmt. Ist der Leiter der Säuglingsstation im Zweifel über die Entlassungsfähigkeit, so wird er eine Unterstützung finden in der Kontrolle der Außenpflege durch geschulte Pflegerinnen, die das Kind dem Krankenhause wieder zuführen, wenn der Verlauf der Rekonvaleszenz es erfordert. Für die Kinder, deren Unterbringung eine Unterstützung von seiten der Stadt erfordert, kommt eine Einrichtung in Frage, wie sie Heubner[1]) schon vor 10 Jahren in Berlin im Einvernehmen mit der städtischen Waisenverwaltung getroffen hat. Sobald einer der vom Waisenhause überwiesenen Säuglinge soweit genesen erscheint, daß er in Einzelpflege übergehen kann, wird er an eine besonders bewährte Pflegerin überwiesen. Diese Pflegerinnen erhalten seitens des Waisenhauses statt der sonst üblichen 18 Mark für Ziehkinderpflege monatlich 30 Mark.

Aber noch eine weitere praktische Konsequenz ergibt sich aus meinen Ausführungen. Alle Aufwendungen, die für die Unterbringung des Kindes im Krankenhause gemacht werden, werden nutzlos, wenn es vorzeitig entlassen werden muß und draußen den Schädigungen erliegt, die im Krankenhause zu vermeiden gewesen wären. Andererseits haben wir, wenn wir die Kinder im Krankenhause behalten, bis sie ohne Gefahr in Einzelpflege gegeben werden können, stets auf der Station eine Reihe von

[1]) Säuglingsernährung und Säuglingsspitäler, Berlin, 1897. A. Hirschwald.

Säuglingen, die einer Behandlung im Krankenhause nicht mehr bedürfen. Der Betrieb von Säuglingskrankenstationen mit ihrem großen Personal ist aber teuer. Im Interesse der Kommune, der Eltern und der Säuglinge ist es daher dringend erwünscht, daß zwischen Außenpflege und Spitalspflege eine Übergangsstation geschaffen wird, die den Kindern die Vorteile beider Pflegearten bietet. Die Gründung einer Rekonvaleszentenstation, wie sie Schloßmann für das Dresdener Säuglingsheim in dem Waldheime geschaffen hat, entlastet die Krankenstation und vermindert die Kosten für den einzelnen wie für die Gesamtheit. In Städten, in denen neben der Krankenstation ein Säuglingsheim für Gesunde besteht,[1] wird zweckmäßig mit letzterem die Rekonvaleszentenstation zu verbinden sein, vorausgesetzt natürlich, daß die Betriebskosten pro Kopf dort geringer sind als im Krankenhause. Dann erst wird der Zusammenhang zwischen geschlossener und offener Säuglingsfürsorge organisch hergestellt, dann erst werden alle Aufgaben zu erfüllen sein. Denn der Erfolg der geschlossenen Fürsorge hängt zum großen Teile von ihrer Verbindung mit der offenen ab und umgekehrt.

Erfolge der geschlossenen Fürsorge.

Wenn ich über die Erfolge der Säuglingskrankenhäuser und Säuglingsheime berichten sollte, könnte ich eine ganze Reihe von Zahlen vorlegen, die mir aus der Literatur bekannt sind. Aber damit wäre niemandem gedient. Denn die Zahlen sagen so gut wie nichts, wenn wir nicht genau wissen, unter welchen Verhältnissen und mit welchen Aufgaben die betreffende Anstalt arbeitet. Ich habe oben ausgeführt, wie verschieden die Entwicklung und die Organisation der verschiedenen Säuglingsheime ist: das eine nimmt vorwiegend Gesunde auf und weist Kranke ab, das andere umgekehrt; das eine nimmt die Kinder am liebsten als Neugeborene, das andere nimmt diese gar nicht, sondern nur ältere auf, in dem einen Heime finden wir alle Säuglinge künstlich, in dem andern natürlich genährt usw. Von all diesen Bedingungen ist der Erfolg natürlich abhängig und läßt sich durch deren Änderung willkürlich beeinflussen. Der Erfolg jeder Säuglingsanstalt ist abhängig:

von der Beschaffenheit der Räume;
von der Organisation des Betriebes und der Dauer des Aufenthaltes;
von der Qualität des Leiters, des Ärzte- und des Pflegepersonales;
von der Beschaffenheit des Kindermaterials und
von der Regelung der Ammenfrage, d. h. von der Möglichkeit, den Kindern natürliche Ernährung zu gewähren.

Die Mannigfaltigkeit dieser Faktoren muß man sich vor Augen halten, um gegenüber der Statistik die rechte Kritik anzuwenden. Absolute Zahlen ohne Berücksichtigung dieser Faktoren sagen uns so gut wie nichts. Wenn ich in dem einen Berichte lese, daß von den aufgenommenen Kindern 20% gestorben seien, also weniger als durchschnittlich unter dem

[1] In kleineren Städten wird selbstverständlich eine Anstalt alle diese Aufgaben erfüllen können.

unehelichen sterben, wenn ich sehe, daß das Schicksal der Kinder nicht weiter verfolgt, daß das Eintrittsalter nicht berücksichtigt ist usw., dann lege ich den für den unterstützenden Verein bestimmten Bericht stillschweigend beiseite, nicht unter die wissenschaftlichen Arbeiten, sondern unter die Rubrik „Berichte".

Überzeugender läßt sich der Erfolg demonstrieren, sobald eine Anstalt, ohne ihr System wesentlich zu wechseln, zu immer niedrigeren Mortalitätszahlen kommt, wie es Heubner für die Säuglingsabteilung der Charité und Schloßmann für das Dresdener Säuglingsheim gezeigt hat.

Am klarsten aber ist der Erfolg nachzuweisen, wenn nicht die einzelne Anstalt für sich Mortalitätszahlen berechnet, sondern wenn sie als Teil einer größeren Organisation arbeitet, auf eine bestimmte soziale Gruppe von Säuglingen angewiesen ist und ihrer Fürsorge dient. Ich weise hin auf die Erfolge von Finkelstein für das Berliner Asyl, von Freund für den Breslauer Kinderhort und auf die der neuorganisierten Grazer Findelanstalt. Hier ist die Anstalt Teil einer Organisation, ihr Arzt ist gleichzeitig Leiter der offenen Waisen- respektive Findlingspflege und kann darüber verfügen, welche Kinder aufzunehmen sind, welche nicht. Da ist der Erfolg unzweifelhaft erwiesen, wenn die Gesamtmortalität der unterstellten Kinder in Außen- und Innenpflege wesentlich herabgesetzt wird. Und es ist gleichgültig, ob die Mortalität in der Anstalt 10 oder 40% beträgt, wenn nur die wesentliche Aufgabe erreicht ist.

Ich möchte an dieser Stelle einige Worte über die Bedeutung des Systems und der Persönlichkeit einfügen. Soviele Systeme für die Organisation von Säuglingsheimen und Krankenanstalten es gibt, noch vielmehr existieren auf dem Gebiete der offenen Säuglingsfürsorge. Wir müssen den Versuch machen, nachzuweisen, welche Erfolge mit den verschiedenen Systemen zu erreichen sind. Ich habe sehr viele Anstalten, Fürsorgestellen, Milchküchen usw. im Laufe der letzten 2 Jahre gesehen und habe mich nur immer wieder überzeugen können, daß der Erfolg weniger am System mehr an der Persönlichkeit des Leiters hängt. Es erreicht in einer ganz wackligen Organisation ein guter Arzt mehr als die tadelloseste Organisation unter einem schlechten Leiter. Dasselbe gilt im weitesten Sinne auch für die Säuglingsheime und Krankenstationen.

Zum Schlusse möchte ich das, was ich über die Erfolge der geschlossenen Fürsorge gesagt habe, zusammenfassen. Der Erfolg der einzelnen Anstalt ist nach der speziellen Aufgabe, die sie sich gestellt hat, zu beurteilen. Im ganzen aber müssen wir ihn danach bemessen, was die Anstalten im Kampfe gegen die hohe Säuglingssterblichkeit leisten. Es ist nicht unnötig, darauf hinzuweisen, daß dieser Zweck doch der eigentlich beabsichtigte ist, und daraus ergibt sich die Grundlage unserer Kritik. Ich muß voranstellen, daß der Erfolg auch der geschlossenen Säuglingsfürsorge danach zu beurteilen ist, was sie für die Propaganda des Selbststillens, was sie für die Verbreitung vernünftiger Anschauungen im ganzen leistet. Dann aber sind alle Säuglingsanstalten nicht nur als Stätten ärztlicher Hilfe, sondern als Organe der gesamten Säuglingsfürsorge zu betrachten

und als solche haben sie ihre Pflicht zu tun. Die kleinlichen Rücksichten, die Eitelkeit des einzelnen Vereines muß zurücktreten, nur nach den großen Gesichtspunkten moderner Fürsorge sind die Aufgaben der Anstalten zu stellen; nicht nach der Zahlenstatistik der einzelnen Anstalt, sondern nach der Herabminderung der Säuglingssterblichkeit in der Stadt, im Bezirk ist der Erfolg auch der geschlossenen Fürsorge zu beurteilen.

Offene Säuglingsfürsorge.

Will man die verschiedenen Formen der offenen Fürsorge für Säuglinge verstehen, so tut man gut, die Entwicklung der Consultations de nourrissons und der Gouttes de lait in Frankreich zu verfolgen. Es sind zwei Richtungen mit demselben Ziel, die lange Zeit neben-, fast gegeneinander bestanden haben und jetzt mehr und mehr ineinander übergehen.

Professor Budin, der leider vor kurzem verstorbene bekannte Pariser Geburtshelfer, begründete 1892 in der Pariser Charité die erste Consultation de nourrissons, welche zunächst nur den Zweck hatte, die in der Anstalt geborenen Kinder auch nach der Entlassung aus derselben weiter zu überwachen und den Müttern bei der Ernährung und Pflege ihres Kindes ratend zur Seite zu stehen. Veranlaßt wurde Budin zu der Gründung durch die Erfahrung, daß die gesund entlassenen Kinder zum großen Teile noch während des ersten Lebensjahres in der Außenpflege zugrunde gehen. Gleiche Einrichtungen wurden später in der Maternité und in der Klinik Tarnier von Budin und auf seine Veranlassung an anderen Gebäranstalten getroffen, ähnliche entstanden in Paris zum Teil im Anschluß an schon bestehende Polikliniken, zum Teil auf Veranlassung des Conseil Général de la Seine und unter Kontrolle und Leitung der Assistance publique; nur fiel in diesen letzteren naturgemäß die Beschränkung auf die in Anstalten geborenen Kinder weg. Schließlich folgten dem Beispiel auch Provinzstädte mit der Begründung von Consultations, deren Wirkungskreis sich damit wiederum erweiterte. Sie dienten nicht nur der Beratung der Mütter und der ärztlichen Überwachung der Brustkinder, sie gaben nicht nur den stillenden Müttern gelegentliche oder regelmäßige Unterstützung und für die abgestillten Kinder sterilisierte Milch, wie es auch Budin in seiner Consultation von Anfang an getan hatte, sondern sie beschafften auch für künstlich genährte Kinder eine einwandfreie Kindermilch. In seinem letzten Bericht aus dem Jahre 1906 erzählt Budin, daß 1904 in dem einen Departement Pas de Calais 71 Consultations bestanden; 1905 wurden dort 115 neue gegründet und zur Zeit seines Berichtes waren 33 weitere für 1906 in Vorbereitung.

Neben diesen Consultations bestehen Institute unter dem Namen Gouttes de lait, welche nach dem Muster der im Jahre 1894 von Dufour in Fécamp begründeten eingerichtet sind. Die Aufgabe dieser Institute ist, wie schon der Namen sagt, in erster Linie die Beschaffung und Verteilung von Säuglingsmilch. Wenn daneben auch eine ärztliche Über-

wachung der Kinder durchgeführt wird, so ist dies von vornherein von den Begründern nur als Nebenzweck angesehen worden.

Zwischen den Consultations und den Gouttes de lait bestand ursprünglich ein prinzipieller Unterschied in ihren Zielen: die ersteren stellten sich die Aufgabe, in jedem einzelnen Falle die Mutter an ihre Pflicht zum Stillen zu mahnen, der Sitte des Selbststillens immer weitere Verbreitung zu verschaffen, sie dienten der Belehrung der Mütter und der ärztlichen Kontrolle der Kinder, die letzteren bekämpften durch Beschaffung einwandfreier Kindermilch die Gefahren der künstlichen Ernährung.

Weiter bestand ein Unterschied in der Art des Kindermaterials, welches den beiden Instituten zugeführt wurde, ein Unterschied, der bis zu einem gewissen Grade die guten Erfolge der Consultations und die relativ ungünstigen der Gouttes de lait erklärte. In den Consultations, wie sie von den Geburtshelfern geführt wurden, wurden im wesentlichen nur die Kinder behandelt, welche in der Anstalt geboren und von Anfang an der Brust ernährt waren. Die Mütter hatten während ihres Aufenthaltes in der Anstalt eine gewisse Unterweisung über die weitere Ernährung der Kinder bereits erhalten. Die Gouttes de lait dagegen wurden zumeist erst dann aufgesucht, wenn die Kinder bereits abgestillt und wenn sie erkrankt waren.

Absolut richtig ist die Grundidee Budins, die durch die Nachahmung seiner Consultations in allen europäischen Kulturländern Anerkennung gefunden hat, die Säuglinge, wenn irgend möglich, vom ersten Lebenstage an zu beobachten und das Selbststillen der Mütter mit allen Mitteln zu fördern. Aber die Fürsorge für Säuglinge kann sich nicht darauf beschränken, nur die in Anstalten geborenen Kinder zu überwachen und die von Anfang an künstlich genährten Kinder außer acht zu lassen. Darum haben auch die neueren Consultations ihr Programm auf die gesamte ärztliche Fürsorge für Säuglinge ausgedehnt, andrerseits sind aber noch mehr die Gouttes de lait unter dem Druck der guten Erfolge, die in den alten Consultations erreicht worden sind, gezwungen gewesen, ihr Ziel weiter zu stecken und die Propaganda für Stillen in ihr Programm aufzunehmen.

So verwischen sich in neuerer Zeit die Unterschiede zwischen den beiden Richtungen immer mehr. In den Provinzstädten und in den nicht an Gebäranstalten angegliederten Consultations dienen die Beratungsstunden künstlich genährten wie Brustkindern, eine Verteilung von Säuglingsmilch ist sehr häufig geworden und andrerseits machen heute die alten Gouttes de lait die Milchabgabe fast ausschließlich von ärztlicher Kontrolle abhängig.

Abgesehen davon, daß eine lebhafte Diskussion zwischen den französischen Ärzten auf dem ersten internationalen Kongreß der Gouttes de lait in Paris 1905 bereits zu einer unbedingten Anerkennung des Budinschen Prinzips geführt hat, sprechen die Erfolge unzweideutig für die Consultations. Die französischen Ärzte berichten über die Fortschritte des Selbststillens. Durch das Beispiel der vielen stillenden Mütter und

den Einfluß des Arztes gelingt es oft, Mütter, die vorher ihre Kinder nicht gestillt haben, zum Stillen ihres nächsten Kindes zu veranlassen. So haben sich in der Consultation von Dr. Brosset 139 Frauen, die mit einem früheren Kinde bereits die Beratungsstunde besucht hatten, nach einer neuen Entbindung wieder eingestellt; während bei dem älteren Kinde nur 53·3% gestillt hatten, stillten dann 93·5%. Noch günstiger lauten die Zahlen, die aus den Consultations in kleinen französischen Städten über die Zunahme der Stillhäufigkeit berichtet werden. Es besteht die Neigung, diesen Erfolg fast ausschließlich auf den persönlichen Einfluß des Arztes und auf seine Belehrung zurückzuführen. Man darf aber doch nicht verschweigen, daß fast ausnahmslos alle Consultations in ihrer Propaganda für Stillen durch die Hilfe der öffentlichen und privaten Wohlfahrtspflege unterstützt werden, viel mehr als es bei uns in Deutschland bisher der Fall ist. Sie sind infolgedessen imstande, den stillenden Müttern alle möglichen Unterstützungen zu gewähren.

In Elbeuf erteilen die Besitzer einer Fabrik ihren Arbeiterinnen die Erlaubnis, die Arbeit zu verlassen, um ihre Kinder zu stillen, und geben überdies eine Stillprämie von 100 Francs der Arbeiterin, die ein Jahr lang stillt. In den staatlichen Tabakfabriken hat der Finanzminister die Einrichtung von Krippen angeordnet, um den Müttern das Stillen zu ermöglichen, und auch Unterstützung vorgesehen. Endlich sind es neben manchen Vereinen auch die Mutualités maternelles, die durch Gewährung von Stillprämien die Zunahme des Stillens unterstützen. Die Mutualité in Paris gewährt bei vierwöchentlicher Dauer des Stillens eine Prämie von 10 Franks, die in Lille zahlt nach vierwöchentlichem Stillen bei einem monatlichen Beitrag von 0·75 Franks, 20 Franks, bei einem von 0·50 17 und bei 0·25 16 Franks. Mitglieder, die nicht ein Jahr vor der Entbindung bereits der Mutualité angehört haben, erhalten eine Stillprämie von 10 Franks. Die reiche Unterstützung des Stillens durch Wohltätigkeit, Wohlfahrtspflege und Vereine hat jedenfalls zur Verbreitung der Consultations und zu ihren guten Resultaten viel beigetragen.

Ich würde nicht soviel Wert darauf legen, daß von den Consultations aus Großstädten so gute Erfolge berichtet werden, daß man auf die Zunahme des Stillens hinweist. Denn es ist natürlich, daß Institute mit derart ausgesprochenem Prinzip nur von Müttern aufgesucht werden, die stillen wollen. In den Großstädten kann das Schicksal der beaufsichtigten Kinder in der Regel auch nicht mit solcher Sicherheit festgestellt werden wie es für die Verläßlichkeit der Statistik erwünscht wäre. Viel überzeugender sind die Berichte, die aus den kleinen französischen Städten über die Erfolge der Consultations vorliegen. Wenn man an den statistischen Tafeln und Zahlen sieht, wie das Selbststillen der Mütter nicht nur in einem beschränkten Kreise, sondern unter der gesamten Bevölkerung der Stadt Fortschritte macht, wenn man sieht, daß die Mortalität nicht nur unter den Säuglingen, die regelmäßig in der Consultation vorgestellt werden, sondern daß die Gesamtmortalität der Säuglinge in den betreffenden Städten sinkt, dann wird niemand dem Prinzip und den für die

Sache tätigen Ärzten seine Anerkennung versagen können. Auf nachstehender Fig. 14 ist die Gesamtmortalität der Säuglinge in verschiedenen Städten des Departements Pas de Calais dargestellt, und zwar sind die Jahre 1898 und 1904 verglichen, die im übrigen bezüglich der meteorologischen Verhältnisse sich gleich verhalten. Die graphische Darstellung Fig. 14 läßt den Erfolg der Consultations noch deutlicher hervortreten.

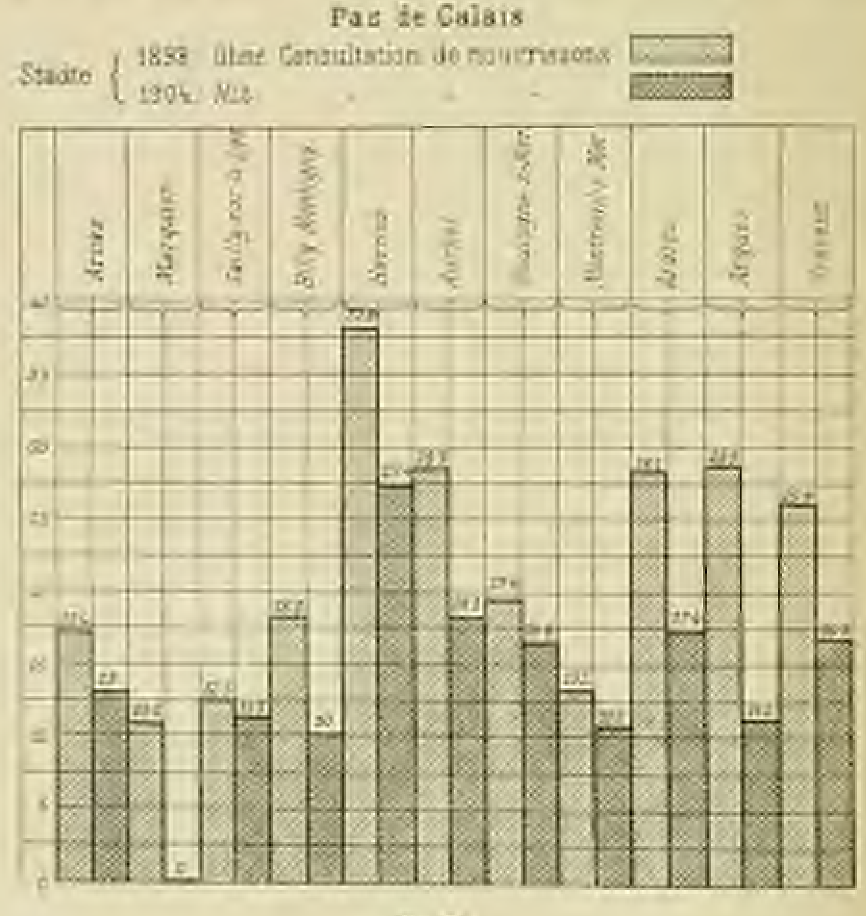


Fig. 14

Dem gegenüber stehen Berichte über die Gouttes de lait. Das Publikum dieser Institute, die in großer Anzahl in den Vorstädten von Paris, meistens an dispensaires angeschlossen, und in den französischen Provinzstädten existieren, besteht aus einer ganz andern Kategorie von Müttern und Kindern, wie das der Consultations. Gewöhnlich kommen die Kinder in die jetzt auch allen Gouttes de lait angeschlossenen Beratungsstunden erst dann, wenn an der Tatsache der eingeführten künstlichen

Ernährung nichts mehr zu ändern ist. So ist die Mutter, die mit der künstlichen Ernährung nicht zurecht kommt und die, deren Kind bereits erkrankt ist, die Durchschnittsbesucherin der Gouttes de lait. Das ist wohl zu bedenken, wenn man diese Statistiken mit denen der Consulations oder selbst mit der Gesamtsterblichkeit vergleicht.

Die Gouttes de lait von Paris beziehen die zur Verteilung kommende Milch meist industriell sterilisiert von außen, die in der Provinz fertig zubereitete sterilisierte oder pasteurisierte Milchmischung und Fettmilch. Fast allen Consultations, Krippen und Hospitälern in Paris sind Gouttes de lait angeschlossen.

Man darf selbstverständlich die französischen Berichte nicht ohne Kritik hinnehmen. Es ist in den Arbeiten fast stets etwas Polemik enthalten, und persönliche Fragen, Standesfragen, z. B. ein Wettstreit zwischen Kinderärzten und Geburtshelfern, spielen mit herein. Wenn auch die beiden Richtungen immer mehr ineinander übergegangen sind, ursprünglich bestand doch bei jeder der beiden die Meinung, daß sie allein berufen sei, die Mortalität der Säuglinge herabzusetzen. Nun ist nicht zweifelhaft, daß neben den alten Consultations, die sich ihrem Princip nach lediglich auf Belehrung und Propaganda beschränken sollten, die Gouttes de lait und die Dispensaires mit ihrer Beschaffung von Kindermilch und mit der Behandlung kranker Säuglinge ihre volle Daseinsberechtigung haben. Aber ebenso wenig ist zu bezweifeln, daß den Consultations ihrer ganzen Art nach die größte Bedeutung in der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit zufällt. Bewunderswert und nachahmenswert ist die Beobachtung, wie sich die Consultations unter verschiedenen Verhältnissen den vorhandenen Bedürfnissen angepaßt haben. Sie stellen noch heute die Persönlichkeit des Arztes in den Vordergrund, seine Belehrung und die Propaganda für Stillen unterstützen sie aber daneben mit allen Mitteln, die ihnen wiederum die private und öffentliche Wohlfahrtspflege und Wohltätigkeit zur Verfügung stellt.

Im Laufe der letzten 15 Jahre hat sich diese Art der Säuglingsfürsorge in Frankreich entwickelt, und wenn wir auch manchem Bericht skeptisch gegenüberstehen, werden wir den Erfolgen der Ärzte und der Wohlfahrtspflege unsere volle Anerkennung nicht versagen können. Um so mehr muß auffallen, daß wir in Deutschland bei der erheblich jüngeren Organisation zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit so wenig Nutzen aus den Erfahrungen unserer westlichen Nachbarn zu ziehen verstanden haben.

Abgesehen von der Beaufsichtigung der Ziehkinder, ist die Fürsorge für Säuglinge in Deutschland überraschend lange Zeit verhältnismäßig wenig beachtet worden, und in den Verhandlungen der großen Wohlfahrtsvereine ist in der Regel nur eine oder die andere Seite der Frage in den Vordergrund gestellt worden, so daß nicht einmal der Weg zu einer einheitlichen Fürsorgeorganisation angebahnt wurde.

Bei der VIII. Konferenz des Vereines für Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtung (Stuttgart 1899) wurde bei der Erörterung der Säuglingsfürsorge

die Ernährungsfrage nur gestreift. In der Versammlung des Deutschen Vereines für öffentliche Gesundheitspflege 1900 wurde die Besserung der wirtschaftlichen, besonders der Wohnungsverhältnisse einseitig betont. Auch die Verhandlungen der Niederrheinischen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege (Düsseldorf 1902), die einen Umschwung der Meinungen herbeiführten, hielten sich von einer gewissen Einseitigkeit nicht frei, da sie bei aller Anerkennung der Notwendigkeit natürlicher Ernährung die Versorgung mit einwandsfreier Kindermilch als erste Pflicht der Kommune hinstellten. Am umfassendsten wurde die Säuglingsfürsorge in ihrer Gesamtheit erörtert in den Verhandlungen des Deutschen Vereines für Armenpflege und Wohltätigkeit (Mannheim 1904), als im Referat nebeneinander ein Kinderarzt, der Vertreter einer Großstadt und eine Fabrikinspektorin zu Worte kamen.

In die Praxis aber ist eine einheitliche Organisation nicht umgesetzt worden, keine der deutschen Städte hat eine großzügige Säuglingsfürsorge geschaffen, und als durch die Initiative Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin die Wohlfahrtspflege in Preußen zu gesteigerter Tätigkeit zugunsten der Säuglinge angeregt wurde, da richtete sich diese wiederum an den verschiedenen Stellen nicht auf die Gesamtheit, sondern auf den einen oder andern Teil der Fürsorge. Und am meisten Nachahmung von allen Fürsorgeeinrichtungen fanden die Milchküchen. Wir haben in Deutschland gegenwärtig wohl 40 Milchküchen, fast keine ist organisiert wie die andere, die einen sind von Kommunen eingerichtet, die anderen von Wohltätigkeitsvereinen mit oder ohne städtische Unterstützung, die einen sind an Säuglingsheime angeschlossen, die anderen an Polikliniken, diese geben nur an Unbemittelte und zumeist unentgeltlich Milch ab, jene suchen sich durch Verkauf an Wohlhabendere von jedem Zuschuß unabhängig zu machen. Keineswegs alle machen ärztliche Verordnung und ärztliche Beaufsichtigung zur Vorbedingung für die Abgabe von Milch. Ich kenne aus eigener Anschauung den Betrieb von 20 Milchküchen und habe den Eindruck, daß unsere deutschen Einrichtungen in Organisation und Erfolg mit den französischen bisher nicht konkurrieren können.

Die diesjährige Sitzung der Gesellschaft der Kinderheilkunde wird sich in einem eingehenden Referat mit den Milchküchen beschäftigen. Das gut vorbereitete Referat wird uns gewiß eine gute Übersicht über den gegenwärtigen Stand geben, es wird uns zeigen, welche Unterschiede in der Organisation und der Einrichtung der Betriebe bestehen, aber eine Antwort auf die Frage, welche Erfolge erzielt sind, und ob die Erfolge auch den Aufwendungen entsprechen, werden uns die Referenten, fürchte ich, schuldig bleiben. Dazu ist es auch noch zu früh. Wer die Entwicklung derartiger sozialer Einrichtungen kennt, der weiß, daß sich die Erfolge nicht in kurzer Zeit, sondern erst nach Jahren zeigen und deutlich nachweisen lassen.

Im Laufe der letzten drei Jahre sind in Deutschland außerordentlich große Aufwendungen von der privaten und öffentlichen Wohlfahrtspflege gerade auf diesem Gebiete gemacht worden. Ich habe von vornherein

vor einer Überhastung gewarnt und darauf hingewiesen, daß die Kinderärzte mit ihren Forderungen für Säuglingsfürsorge sehr hohe Ansprüche an die Wohlfahrtspflege stellen, und daß sie damit auch die Verpflichtung übernehmen, über die Verwendung der Mittel und über die damit erzielten Erfolge Rechenschaft abzulegen. Ich würde über die in Magdeburg erreichten Resultate nicht jetzt schon berichten, wenn ich nicht der Allgemeinheit den Bericht über meine hiesigen Erfahrungen, bevor ich aus der Magdeburger Tätigkeit scheide, vorlegen wollte.

Milchküche in Magdeburg.

Im Herbst 1905 wurde in Magdeburg — übrigens ohne meine Mitwirkung — eine städtische Milchsterilisierungsanstalt im wesentlichen nach dem Muster der in Kassel von dem vaterländischen Frauenverein gegründeten eingerichtet. Die maschinelle Ausstattung, wie ich sie im Oktober 1905 im Beginn meiner Tätigkeit vorfand, war die übliche, hatte aber vor allem den großen Mangel, daß Kühlvorrichtungen fehlten. Die sterilisierte Milch mußte während des ganzen vorigen Sommers, so gut es ging — und es ging nicht immer gut — mit Eis gekühlt werden. Eine gutfunktionierende Ammoniakkühlmaschine ist erst im vorigen September, also ein Jahr nach der Eröffnung, aufgestellt und in Betrieb genommen worden. Die für die Milchküche verwendeten Räume in der Herrichtung der Wände, Decken und Fußböden den jetzigen Zwecken keineswegs entsprechend, waren für den bald auf 4000 Flaschen pro Tag anwachsenden Betrieb zu eng.

Bis zum Schluß mangelhaft gewesen sind die Einrichtungen der Ausgabestellen, von denen auf der Höhe des Betriebes 16 in den verschiedenen Stadtteilen existierten, und die des Transportes der sterilisierten Milch nach den Ausgabestellen. Die Ausstattung der Ausgabestellen mit irgend welchen Kühlvorrichtungen wie es z. B. in Hamburg recht zweckentsprechend geschehen ist, ebenso die Einstellung von Kühlwagen für den Transport ist mit Rücksicht auf die Anschaffungs- und Unterhaltungskosten unterblieben. Eine einfache Kühlung, wie sie in Städten mit Grundwasserleitung möglich ist, läßt sich in Magdeburg, dessen Leitungswasser im Sommer Temperaturen von 20 bis 22° erreicht, nicht durchführen. Zu diesen technischen Mängeln, deren Behebung zu den ursprünglichen Einrichtungskosten von etwa 25.000 Mark einen Nachtrag von ungefähr 20.000 Mark erfordert hätte, kamen Schwierigkeiten in der Organisation des Betriebes. Im ersten Halbjahr des Bestehens, im Winter 1905 bis 1906, wurde der größte Teil der Milch unentgeltlich verteilt. Die Ausgabe stieg auf 4500 Flaschen pro Tag und die Kosten wurden so hoch, daß bei Fortsetzung dieses Betriebes ein jährlicher Zuschuß von 40.000—50.000 Mark notwendig gewesen wäre. Infolge dessen, allerdings auch um den Mißbrauch der Milch im Haushalt zu verhüten, wurde im März 1906 die Ausgabe von Vollmilch ganz eingestellt und die Abgabe von sterilisierter Milch auf die armen-unterstützten Kinder beschränkt. Damit wurde tatsächlich eine wesentliche Einschränkung des Betriebes und Herabsetzung der Unkosten

momentan erreicht, doch stieg gegen den Sommer hin die Ausgabe wieder an, so daß die Kostenberechnung für das Quartal April, Mai, Juni einen jährlichen Zuschuß von wiederum 15.000 Mark als notwendig in Aussicht stellte. Daraufhin wurden die Preise für die sterilisierte Milch wesentlich erhöht mit dem Erfolg, daß in wenigen Tagen die Produktion von 3300 auf 2900 Flaschen täglich zurückging, daß also etwa 250 Säuglinge innerhalb weniger Tage von sterilisierter Milch auf eine andere beliebige Milch abgesetzt wurden. Das war im Anfang Juli 1906, also zu einer Zeit, die für derartige Änderungen in der Milchversorgung denkbar ungeeignet war. Die Mortalität unter den Kindern schnellte in den Tagen, die dieser Verordnung folgten, in überraschender Weise in die Höhe. Daß zu Beginn des Winters wiederum die Preise herabgesetzt wurden, hatte auf die Entwicklung der Anstalt keinen großen Einfluß mehr.

Ich hege kaum Zweifel, daß das Publikum wenig Anstoß daran genommen hätte, wenn von Anfang an die Preise so festgesetzt worden wären, wie sie im Juli 1906 bestimmt wurden. Die Nachfrage wäre allerdings anfangs nicht so rege gewesen, die Steigerung in den ersten Wochen nicht so rapid erfolgt, wie es tatsächlich geschehen ist. Aber die Vorteile der Versorgung mit fertiger Säuglingsnahrung leuchten den Müttern viel zu sehr ein, als daß sie nicht gekommen wären. Man soll in den Milchküchen die unentgeltliche Abgabe auf die notwendigsten Fälle beschränken, da sich die Frauen erfahrungsgemäß viel besser um etwas kümmern, was sie mit eigenem Gelde bezahlen müssen; anderseits soll man die Preise nicht zu hoch bemessen, sonst kommen die Vorteile der gemeinnützigen Anstalt den ärmsten Bevölkerungsschichten nicht zustatten.

Wie dem auch sei, der größte Fehler, der gemacht werden konnte, war der, die Preise mehrmals zu verändern. Das war nicht dazu angetan, der Milchküche Anerkennung und dem Publikum Zutrauen zu verschaffen. Durch das Herumprobieren wurde die Entwicklung der Anstalt aufgehalten. Ich muß diese Mängel anführen, da sie bei der Beurteilung der Resultate zu berücksichtigen sind.

Bei der Anlage der Anstalt war nicht beabsichtigt, die Milchausgabe mit einer ärztlichen Beratungsstunde zu verbinden. Erst auf meine Vorstellungen hin, daß noch nirgends die Abgabe sterilisierter Milch allein ohne ärztliche Kontrolle und ohne Belehrung der Mütter erfolgreich gewesen sei, daß dann im Gegenteil die Gefahr bestehe, durch die Ausgabe einer Kindermilch gewissermaßen unter behördlicher Garantie die künstliche Ernährung der Säuglinge zu unterstützen und so die Förderung des Selbststillens zu hemmen, wurde mir die Überwachung der Anstalt und die Beobachtung der Kinder übertragen, gleichzeitig prinzipiell bestimmt, daß ohne meine Verordnung Milch aus der Anstalt nicht abgegeben werden dürfe.

Im April dieses Jahres kam es in den städtischen Behörden zu Verhandlungen über die bisher für die Anstalt aufgewendeten Mittel, über die Unzulänglichkeit der jetzigen Einrichtungen und über die Notwendigkeit weiterer Aufwendungen. Ich versuchte geltend zu machen, daß Erfolge

in kurzer Zeit nicht zu erreichen seien, daß bei der Art des bisherigen Betriebes nach keiner Richtung ein Urteil über den Wert oder Unwert der Anstalt möglich sei, und bat, daß der Betrieb wenigstens noch einen Sommer aufrecht erhalten werden möchte. Vergebens. Die Mißstimmung gegen eine Anstalt, die von vornherein viele Gegner gehabt, die sehr hohe Einrichtungskosten erfordert hatte und trotzdem noch immer weitere verlangte, deren Unterhaltungskosten weit über Erwarten hinausgingen, führte zu dem Beschluß, den Betrieb auf ein Minimum einzuschränken, im Oktober 1907 aufzuheben, für die Zukunft jedoch eine Neuorganisation der gesamten Säuglingsfürsorge auszuarbeiten.

Die Mängel, die der bisherigen Organisation anhafteten, habe ich angeführt, sie beeinflussen natürlich den Erfolg. Bemüht habe ich mich von vornherein, über den Erfolg selbst eine einwandfreie Statistik zu ermöglichen. Über sämtliche Kinder, die aus der Milchküche Milch erhalten haben, habe ich Karten geführt, in denen außer den Personalien die Dauer der Beobachtung, die Gewichtszunahme, kurze Notizen über den Gesundheitszustand und wenigstens eine anamnestische Angabe, wie lange die Kinder gestillt wurden, eingetragen sind. Das gesamte Material ist im hiesigen statistischen Amt mit aller Sorgfalt und mit Ausschaltung aller Fehlerquellen bearbeitet worden. Das Schicksal sämtlicher Kinder ist bis zum Ende des ersten Lebensjahres respektive bis zum Tode oder bis zum Weggang aus Magdeburg weiter verfolgt, das Alter der Kinder beim Eintritt in die Beobachtung ist bei der Mortalitätsberechnung berücksichtigt, die ärztlichen Fragen allerdings, in welchem Gesundheitszustand, mit welchem Körpergewicht, nach welcher vorhergehenden Ernährung die Kinder in die Versorgung mit sterilisierter Nahrung eingestellt sind, sind nicht mit in Rechnung gezogen. Unsere Statistik hat vor den sonst üblichen den Vorzug, daß die Berechnung technisch einwandfrei und das Material ohne Vorurteil gesammelt ist.

1. Dem Bericht des statistischen Amtes

entnehme ich mit Erlaubnis des Direktors Herrn Professor Dr. Landsberg, dem ich für die Überlassung des Materials und die ständige Unterstützung meinen verbindlichsten Dank sage, folgende Ausführungen:

Die Kindersterblichkeit war im Jahre 1906 niedriger als in den Vorjahren, da trotz höherer Geburtenziffer die Zahl der Sterbefälle sogar absolut zurückgegangen ist, wenn auch die günstigen Zahlen von 1902 nicht ganz erreicht worden sind. Im Verhältnis zur Zahl der Lebendgeborenen starben 21·5% (gegen 24·4, 25·3, 23·2, 20·9, 24·4%) in den fünf vorhergehenden Jahren. Anderseits ist aber der übliche Vergleich der gestorbenen Kinder mit den geborenen infolge der wechselnden Geburtenziffer nur annäherungsweise richtig, wie er auch die Unterschiede in der Sterblichkeit der einzelnen Altersmonate unberücksichtigt läßt. Zur korrekten Messung ist deshalb die Berechnung einer Sterblichkeitstafel für das erste Lebensjahr notwendig, wie sie für das Jahr 1906 in Tabelle I vorliegt.

Tabelle 1. Sterblichkeitstafel für das erste Lebensjahr 1906.

Lebensalter	Lebende nach der Geburtszeit	Lebende nach dem Alter	Sterbefälle vor vollendetem Alter	Sterbefälle nach vollendetem Alter	Die Gestorbenen sind ‰ der Lebenden vor vollendetem Alter	Die Gestorbenen sind ‰ der Lebenden nach vollendetem Alter	Die Gestorbenen sind ‰ der Sterblichkeitstafel vor vollendetem Alter	Die Gestorbenen sind ‰ der Sterblichkeitstafel nach vollendetem Alter	Sterblichkeitstafel nach Geburtszeitklassen	Sterblichkeitstafel nach Altersklassen
	6791		214		41·51		31·51		1000·00	
Geburt		6577		277		42·12		40·79		968·49
	6248		147		23·53		21·93		927·70	
1. Monat		6101		76		12·45		11·29		905·67
	6041		88		14·74		12·39		894·52	
2. „		5958		97		16·29		14·27		882·39
	5765		70		12·14		10·54		867·68	
3. „		5695		67		11·76		10·08		857·82
	5584		53		9·52		8·07		847·31	
4. „		5511		60		11·00		9·25		839·24
	5416		40		6·94		7·42		830·01	
5. „		5367		41		7·65		6·29		822·59
	5313		42		7·90		6·45		816·30	
6. „		5278		53		10·05		8·14		809·82
	5153		44		8·53		6·84		807·71	
7. „		5169		34		6·60		5·29		794·67
	5006		25		5·00		3·95		782·54	
8. „		4975		38		7·64		6·10		783·63
	4887		26		5·27		4·11		779·65	
9. „		4911		26		5·29		4·10		775·42
	4872		29		5·95		4·57		771·42	
10. „		4848		19		3·93		3·01		766·88
	4792		20		4·18		3·19		763·69	
11. „		4772		21		4·40		3·35		760·62
	4746		14		2·94		2·24		757·28	
12. „		4732								755·05

Die Tafel schließt mit 755·05 das erste Jahr Überlebenden ab (von 1000 überhaupt Geborenen) gegen 742·18 im Durchschnitt der fünf Jahre 1901/05. Im einzelnen ergibt der Vergleich folgende Zahlen:

Gestorben im Lebensmonat	[illegible]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	zus.
‰ der Sterblichkeitstafel 1906	11·31	32·92	23·57	21·91	18·13	19·02	12·71	11·58	9·24	10·11	8·09	6·37	5·55	244·95
‰ der Sterblichkeitstafel 1901/05	16·73	17·30	30·76	27·10	23·11	19·21	15·15	12·94	11·64	9·62	8·89	6·87	5·62	252·82

Danach ist der erste Lebensmonat in 1906 besonders ungünstig gewesen, dagegen sind im 2. bis 6. Monat 1906 nur 96¹/₁₀ der Geborenen gestorben gegen 115 im Jahrfünft 1901/05. Im zweiten Lebensjahre sind die Unterschiede nur geringfügig (54·80 in 1906 gegen 54·88 in 1901/05).

Die Kindersterblichkeit ist aber nicht allein vom Alter abhängig, sondern ganz wesentlich auch von der Jahreszeit, sie ist in den 3 Sommermonaten ganz erheblich höher als in den übrigen 9 Jahresmonaten. Es ist dies in der Tabelle, welche Herr Stadtrat Lindemann auf Seite 134 mitteilt, in der üblichen Weise durch Verteilung der absoluten Zahlen der Sterbefälle auf die 4 Kalenderquartale nach den einzelnen Lebensmonaten berechnet. Jedoch ist auch hier für einen korrekten Vergleich der Sterblichkeit nach der Jahreszeit die Berechnung einer Sterblichkeitstafel erforderlich, die nach der oben für das ganze Kalenderjahr angewendeten Methode ohne weiteres möglich ist, da auch die einzelnen Alters- und Geburtszeitabschnitte monatweise unterschieden sind. Wegen der Kleinheit der Zahlen sind für 1906 nur 2 solche Tafeln berechnet worden, eine für die Monate Juli, August, September, die zweite für die 9 übrigen Jahresmonate, jedoch ist die Berechnung der 12 Sterblichkeitstafeln für die einzelnen Kalendermonate in der Zusammenfassung des Jahrfünftes 1901/05 ausgeführt. Einen Auszug der Berechnungen gibt die Tabelle S. 136. Die starke Erhöhung der Sommersterblichkeit tritt deutlich hervor, da von 1000 Geborenen 1906 nach der Tafel für Juli, August, September nur 629, nach der Tafel für die übrigen 9 Jahresmonate jedoch 803 überlebten. Im Jahrfünft 1901/05 stellte sich die Zahl der Überlebenden nach der Sterblichkeit der einzelnen Kalendermonate folgendermaßen: August 548, Juli 667, September 718, März 772, Juni 781, Jänner 783, Mai und Dezember 787, Oktober 790, November 791, Februar 794, April 808. Es ist aber nicht nur das Endergebnis der Jahressterblichkeit je nach der Jahreszeit verschieden, sondern vor allem auch die Sterblichkeit der einzelnen Altersmonate. Es geht dies auch aus den Berechnungen für 1906 deutlich hervor, da der aus der Sterblichkeitstafel berechnete Prozentsatz der Sommersterblichkeit im ersten Lebensmonat nur das 1·35fache, im zweiten das 2·38fache, im dritten bereits das 2·68fache der Sterblichkeit der 9 übrigen Jahresmonate beträgt, in den folgenden Lebensmonaten steigt das Verhältnis auf 2·82, 3·34, 3·42, 3·50 und erreicht im 8. Lebensmonat mit 3·57 das Maximum. Die Gefährdung durch die Sommersterblichkeit ist danach also im 6. bis 8. Lebensmonat bei weitem am höchsten. Hieraus folgt, daß die Kindersterblichkeit abhängt von dem Alter, in dem das Kind in die heiße Jahreszeit hineinkommt, mithin von dem Monat, in dem es geboren ist. Es muß deshalb auch die Sterblichkeit nach dem Geburtsmonat verschieden sein, sie wird z. B. für die im Oktober geborenen besonders gering sein, weil diese beim Durchgehen durch die 3 Sommermonate bereits im Alter von 9 bis 12 Monaten stehen. Auch hier ist die Berechnung der 12 Sterblichkeitstafeln für die einzelnen Geburtsmonate wegen der Kleinheit der Zahlen auf das Jahrfünft 1901/05 beschränkt worden. Nach den in Tabelle S. 136 auszugsweise wiedergegebenen Ergebnissen sind die Unterschiede am Ende des ersten Lebensjahres nicht so besonders groß, am günstigsten steht der Monat Oktober mit 761 Überlebenden auf 1000 Geborene, am ungünstigsten der Juni mit 710. Weit erheblicher sind die Differenzen innerhalb des ersten Lebensjahres.

Die Sterblichkeit der in der städtischen Milchküche beobachteten Säuglinge.

M e t h o d e. Zur statistischen Verarbeitung lagen die Karten vor, welche für jedes aus der städtischen Milchküche ernährte Kind dort zur Ausfüllung kamen und nach Aufhören der Milchabgabe allmonatlich dem Statistischen Amt zugingen. Zur Vervollständigung des lediglich aus den Karten der ausscheidenden Kinder bestehenden Materials wurde eine Aufnahme des S t a n d e s, bezogen auf den 31. Dezember 1906, vorgenommen. Durch Abgang und Stand ergab sich die Möglichkeit, die aus der Milchküche ernährten Kinder in der Zeit von der Eröffnung der Anstalt (Oktober 1905) bis zum Schlusse des Jahres 1906 zu verfolgen. Die Berechnung der Sterblichkeit wurde auf das Kalenderjahr 1906 und auf das erste Lebensjahr als die Zeit, in welcher die Milchnahrung die wichtigste Rolle im Leben des Kindes spielt, beschränkt. Innerhalb dieser Grenzen hätten eigentlich die Ergebnisse der Beobachtung nur während der Zeit zur Verwendung kommen sollen, in welcher das Kind aus der Milchküche ernährt worden ist, jedoch wäre es offenbar unrichtig gewesen, die Sterbefälle außerhalb dieser Zeit überhaupt nicht zu berücksichtigen, weil die zum Tode führende Erkrankung bereits während der vorhergehenden Ernährung erworben sein konnte. Da die Dauer der Krankheit bei den Sterbefällen nicht notiert ist, hätten hier irgendwelche mehr oder minder willkürliche Annahmen zugrunde gelegt werden müssen, die auf das Ergebnis voraussichtlich von erheblichem Einfluß gewesen wären. Außerdem ließ die nähere Prüfung der Karten die genaue Feststellung des Endpunktes der Ernährung aus der Milchküche zweifelhaft erscheinen, zumal in einzelnen Fällen (bei Sterbefällen, Abzügen usw.) nachgewiesen werden konnte, daß die Ernährung aus der städtischen Milchküche sicher bereits vor dem notierten „letzten Ausgabetage" aufgehört hatte. Es erschien deshalb zweckmäßig, von der Benutzung dieser Angabe vollständig abzusehen, also die Beobachtung auszudehnen vom Tage der ersten Milchlieferung bis zum Jahresschlusse (31. Dezember 1906) beziehungsweise bis zum Tage der Vollendung des ersten Lebensjahres, bei den innerhalb der so festgelegten Grenzen gestorbenen oder von Magdeburg fortgezogenen Kindern bis zum Tage des Todes beziehungsweise des Fortzuges. Zu diesem Zwecke mußten alle Fälle wiederholten Ein- und Austrittes des nämlichen Kindes ausgeschieden werden (die späteren Ein- und Austritte wurden in solchen Fällen auf die zuerst ausgestellte Karte übertragen), ferner sind alle innerhalb des Jahres gestorbenen oder fortgezogenen Kinder durch Vergleich mit den standesamtlichen Sterbekarten (und zwar für das erste und zweite Lebensjahr) und den vom Statistischen Amt aus den polizeilichen Meldungen ausgeschriebenen Fortzugskarten ermittelt worden. Der Vergleich erfolgte in doppelter Weise, einmal durch lexikalische Legung nach dem Namen, zweitens, weil der Name namentlich bei unehelichen Kindern nicht ganz sicher erschien, durch Legung nach dem Tage der Geburt. Zweifelhafte Fälle wurden durch Heranziehung der standesamtlichen Geburtenkarten oder durch Rückfragen aufgeklärt.

In dieser Weise ergaben sich für die erste statistische Verarbeitung 1648 Karten, darunter 304 für im Laufe des Kalenderjahres gestorbene und 80 für fortgezogene Kinder. Allerdings befinden sich hierunter auch Kinder, welche nur wenige Tage Milch aus der städtischen Milchküche erhalten haben, ja es kommen sogar solche vor, für welche die verschriebene Milch überhaupt nicht abgeholt worden ist. Um sich über den Einfluß dieser Fälle von ganz kurzer Dauer Rechenschaft geben zu können, sollten alle Kinder, bei welchen die Zeit vom Tage der ersten Milchlieferung bis zum letzten Ausgabetage höchstens 7 Tage betrug, ausgeschaltet werden, jedoch ist die Rechnung in doppelter Weise, einmal mit und zweitens ohne diese Kinder (im ganzen 160, darunter 47 gestorbene und 8 verzogene) ausgeführt worden. Was endlich die Berechnung der Sterblichkeit selbst anbelangt, also den Vergleich der Lebenden und Gestorbenen, so können für die Zahl der Lebenden die nachgewiesenen 1648 beziehungsweise 1488 Fälle natürlich nur mit demjenigen Teile des Jahres in Rechnung gestellt werden, während dessen sie den obigen Festsetzungen entsprechend unter Beobachtung gestanden haben, es muß also die durchlebte Zeit berechnet werden. Diese Rechnung darf indessen nicht für das ganze erste Lebensjahr summarisch ausgeführt werden. Alsdann würde nämlich der Vergleich mit anderen Sterblichkeitsziffern z. B. mit der Gesamtsterblichkeit des ersten Lebensjahres in der Stadt Magdeburg aus dem Grunde unrichtig werden, weil unter den Kindern der Milchküche naturgemäß die allerjüngste Altersklasse spärlich und vermutlich zumeist nur durch lebensfähige Kinder vertreten ist, hier also die überaus starke Sterblichkeit in der ersten Zeit nach der Geburt (namentlich an Lebensschwäche) so gut wie gänzlich fehlt. Es ist deshalb unumgänglich notwendig, bei dem Vergleiche der Sterblichkeit die einzelnen Lebensmonate zu unterscheiden, also die erlebte Zeit, deren Berechnung für jede der 1648 Karten einzeln nach Tagen erfolgte, ebenfalls nach Lebensmonaten abzuteilen.

Ergebnisse. Im ganzen ergaben sich für die Gesamtzahl der 1648 Karten 388.279 erlebte Tage, davon im ersten Lebensmonat 2268, im zweiten 10.785, in den folgenden 17.334, 21.269, 24.816, 26.431, 27.351, 27.473, 26.781, 26.523, 25.966, 25.293. In das zweite Lebensjahr fallen 121.593 Tage, diese scheiden also aus der Berechnung aus. Alsdann wird die durchschnittliche Zahl der Lebenden für jeden Monat durch Division mit $\frac{365}{12}$ gewonnen und mit den Sterbefällen verglichen (Tabelle 2).

Die erlangten Ergebnisse sind in Tabelle 2 sowohl für alle überhaupt beobachteten Kinder (Nachweisung *A*), als auch bei Ausschluß der Fälle bis zu 7 Ernährungstagen (Nachweisung *B*) zusammengestellt. Um aus den bei der letzten Berechnungsart für die einzelnen Lebensmonate erhaltenen Zahlen ein Gesamtbild zu gewinnen, ist aus ihnen — unter Fortlassung des ersten Lebensmonates — eine Sterblichkeitstafel berechnet worden. Endlich sind zum Vergleich die Zahlen für die allgemeine Kindersterblichkeit nach der Sterblichkeitstafel für 1906 hinzugefügt

Tabelle 2. Die Sterblichkeit der in der städtischen Milchküche beobachteten Kinder 1906.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
	Lebensmonat											
A. Gesamtsterblichkeit der in der Milchküche beobachteten Kinder:												
Lebende (Mittlere Zahl)	74·83	353·92	569·89	699·25	799·43	868·96	899·21	893·22	886·47	871·99	855·88	831·75
Gestorbene	5	20	24	27	29	18	34	31	28	20	13	14
Sterblichkeit %	6·71	5·65	4·21	3·86	3·63	2·07	3·78	3·48	3·18	2·29	1·58	1·68
B. Dergl. ohne die Fälle mit einer Ernährungsdauer bis zu 7 Tagen:												
Lebende (Mittlere Zahl)	85·03	309·45	500·71	628·64	723·89	791·27	824·08	832·27	819·22	815·54	799·86	789·81
Gestorbene	—	12	16	20	25	17	30	28	27	18	12	12
Sterblichkeit %	—	3·89	3·20	3·18	3·45	2·15	3·64	3·36	3·30	2·21	1·50	1·52
Von 1000 ein Monat alten Kindern überleben den Schluß des oben bez. Lebensmonates	1000	961·04	931·14	902·88	871·56	853·42	822·02	795·72	769·90	753·07	741·86	730·61
C. Sterblichkeit in der Stadt Magdeburg 1906 nach der Sterblichkeitstafel:												
Sterblichkeit im Vergleich zur mittleren Zahl der Lebenden %	6·25	2·62	2·67	2·14	2·35	1·56	1·87	1·17	1·20	1·15	0·81	0·74
Von 1000 ein Monat alten Kindern überleben den Schluß des oben bez. Lebensmonates	1000	973·35	946·48	920·44	903·00	894·00	877·46	867·26	857·41	846·51	839·62	833·51
D. Sterblichkeit ohne die Fälle bis zu 7tägiger Dauer im Vergleich zur Sterblichkeit nach der Sterblichkeitstafel %:												
	—	148	111	149	152	138	195	287	251	196	185	205

(Nachweisung *C*). Bei Ausscheidung der Fälle von kürzerer Dauer der Ernährung bewegt sich im Vergleich zur allgemeinen Sterblichkeitstafel die Sterblichkeit zwischen 111 % im dritten und 287 im achten Lebensmonat (Nachweisung *D*). Allerdings kann diese Betrachtung keine Auskunft darüber geben, ob nicht die Sterblichkeit unter den betrachteten Kindern ohne die aus der Milchküche bezogene Nahrung noch höher gewesen wäre. Auch darf nicht vergessen werden, daß es sich hier um Kinder handelt, die so gut wie ausschließlich den minderbemittelten Bevölkerungsklassen angehören und — nach dem Urteil des ärztlichen Leiters der Milchküche — zu einem beträchtlichen Teile bereits in erkranktem Zustande der Milchküche zugeführt sind, während unter dem allgemeinen Durchschnitt, mit dem wir eben hier nur vergleichen können, auch die Kinder der bemittelteren Klassen und vor allem auch die mit Brustmilch ernährten Kinder mit ihrer günstigeren Sterblichkeit enthalten sind.

II. Ärztlicher Bericht.

Wer nur die Statistik ansieht, wird kaum imstande sein, zu sagen, ob die Versorgung mit sterilisierter Milch viel oder wenig oder keinen Erfolg oder gar Schaden gebracht hat. Die Sterblichkeit der Milchküchenkinder wird mit der Gesamtsäuglingssterblichkeit verglichen. Das ist der einzige Maßstab, der zur Verfügung steht, aber es kann nicht berücksichtigt werden, daß die Kinder sämtlich den ärmsten Bevölkerungsschichten angehören, daß sehr viele unehelich sind, daß ein großer Teil erst in die Beratungsstunde gebracht wird, wenn sie erkrankt sind. Dann ist der Wille der Mutter, dem Kinde zu helfen, so wichtig, die sozialen Verhältnisse spielen bei der Säuglingssterblichkeit eine so große Rolle, daß die Statistik auf alle diese Einzelheiten eingehen muß, wenn sie sich vor Trugschlüssen bewahren will. Das Urteil des Statistikers wird so reserviert lauten müssen, wie es in unserem Falle lautet, und selbst die genaue Kenntnis des zugrunde liegenden Materials ermöglicht kein absolutes Urteil.

Noch viel schwerer denke ich es mir, wenn wir den Versuch machen wollen, die Erfolge der Milchküchen verschiedener Städte untereinander zu vergleichen. Da soll zunächst wieder die Höhe der Gesamtsäuglingssterblichkeit der betreffenden Städte berücksichtigt werden, da muß in den Vordergrund gestellt werden, von welchen Bevölkerungsschichten die Milchküche vor allem in Anspruch genommen wird, welche Bedingungen an die Ausgabe der Milch geknüpft sind usw. Die absoluten Zahlen der Mortalität sagen uns so gut wie gar nichts, selbst wenn sie technisch einwandsfrei berechnet sind. Denn eine Mortalität von 25 % unter den Milchküchenkindern kann z. B. ein großer Erfolg in einer Stadt mit höherer Gesamtmortalität sein, ein außerordentlicher, wenn die Milch zu niedrigen Preisen und zum großen Teile unentgeltlich, also an die ärmsten Familien abgegeben wird, wenn viele schwächliche und gar kranke Kinder einge-

stellt werden, die 25% können ebensogut einen evidenten Mißerfolg bedeuten, wenn die Milch zu Normalpreisen abgegeben wird und die Lieferung infolgedessen für Kinder der ärmsten Kreise kaum in Betracht kommt, wenn schon durch die Preisbedingungen Mütter, denen an der Erhaltung des Kindes nichts liegt, ausgeschlossen werden. Auf diese Schwierigkeiten bei der Beurteilung der Ergebnisse derartiger Einrichtungen muß mit aller Schärfe hingewiesen werden, weil sie gar zu oft absichtlich oder unabsichtlich außeracht gelassen werden.

Es ist immer mißlich, den Einfluß einer einzelnen Einrichtung auf die Sterblichkeit statistisch nachweisen zu wollen, da die anderen wirksamen Faktoren nicht ausgeschlossen werden können. Einwandsfrei ist nur der eine Beweis, wenn es gelingt, die Gesamtsäuglingssterblichkeit einer Stadt wesentlich herabzusetzen. Die deutschen Städte rangieren nach der Höhe derselben in einer gewissen Reihenfolge, die sich im allgemeinen wenig ändert. Rückt eine Stadt in der Reihenfolge deutlich zurück und bleibt es so, so wird dies wohl der beste Beweis sein, daß ihre Einrichtungen der Fürsorge wirklichen Erfolg gehabt haben. Den Vergleichsuntersuchungen in derart großem Maßstabe wird dann die Verschiedenheit der in den einzelnen Städten durchgeführten Organisationen zustatten kommen, es wird aber eine Reihe von Jahren dazu gehören, ehe wir auf diese Weise entscheiden können, welche Mittel im Kampfe gegen die hohe Säuglingssterblichkeit am wirksamsten sind.

Versuche ich meine persönlichen Erfahrungen zusammenzufassen, so kann ich mich unter Berücksichtigung der Störungen, die die Beobachtung durch technische Mängel der Milchkücheneinrichtung und durch die Eingriffe der Verwaltung erlitten hat, nur vorsichtig ausdrücken.

Gleichzeitig mit der Ausgabe sterilisierter Milch sind ärztliche Beratungsstunden eingerichtet worden, es wird also, falls Erfolge zu verzeichnen wären, zweifelhaft sein, inwieweit sie der Milchküche allein zuzuschreiben sind. Ich habe meine Aufgabe im Hinblick auf die hier verbreitete Sitte der Säuglingsernährung darin gesehen, das Stillen zu fördern, die Überfütterung zu verhüten und die Zahl der Mahlzeiten möglichst einzuschränken. Darin liegt meines Erachtens das Wesen der Verhütung vieler Ernährungsstörungen. In diesen Bestrebungen wird der Arzt wesentlich unterstützt durch die Ausgabe fertig zubereiteter Nahrung und einer bestimmten Zahl von Flaschen. (Die in einigen Milchküchen erlaubte Ausgabe von Extraflaschen nach dem Belieben der Mutter halte ich für falsch.) Ein sehr großer Teil der Mütter gibt die trinkfertige Nahrung nach der ärztlichen Anweisung. Daß daneben häufig genug die Mütter oder Pflegemütter noch andere Nahrung für dasselbe Kind nach eigenem Rezept kochen, weiß ich, aber sie sind in der Minderzahl, und immer mehr werden bekehrt werden, je größer der Einfluß und die Popularität des Arztes wird.

Unter den Kindern, die regelmäßig monatelang aus der Milchküche sterilisierte Milch erhalten haben, habe ich eine große Zahl tadellos gedeihen gesehen. Ganz auffallend ist das Fehlen schwerer Formen von

Rachitis; nach dem Resultate der Beobachtungen an den älteren, drei- und vierjährigen Kindern, die mir vorgestellt worden sind, ist die Rachitis unter den jüngeren viel seltener als früher.

Vergleiche ich die Milchküchenkinder mit denen, für die die Mütter selbst die Nahrung zubereiten, so darf ich wohl mit einiger Sicherheit sagen, daß die Erkrankungen bei den Milchküchenkindern seltener, aber häufig gefährlicher sind, wie bei den anderen. Gut und vielversprechend sind die Erfolge in den Winter- und Frühjahrsmonaten gewesen, aber in den Sommermonaten haben sich die Erkrankungen ebenso wie sonst gehäuft und relativ oft einen wenig günstigen Verlauf genommen. Ich habe mir diese Beobachtung damit zu erklären versucht, daß die Mütter und Pflegemütter sich trotz aller Ermahnungen um die sterilisierte Milch weniger kümmern, als wenn sie die Rohmilch kaufen und für das Kind zubereiten. Sie prüfen die letztere während der Zubereitung sorgfältiger, werden leichter aufmerksam durch die sichtbaren Zeichen der Gerinnung beim Kochen und geben zweifelhafte Milch dem Kind überhaupt nicht zu trinken. Die sterilisierte Milch verabreichen sie dagegen meist ohne nochmalige Prüfung und Zersetzungen der sterilisierten Milch sind, fürchte ich, für das Kind gefährlicher, auch wenn sie im Aussehen der Milch kaum zu erkennen sind. Voraussetzung für die Zersetzungen in der sterilisierten Milch ist allerdings entweder eine nicht tadellose Beschaffenheit der Ausgangsmilch oder mangelnde Vorsicht bei der Zubereitung und Aufbewahrung der sterilisierten. Letztere Gefahr war hier in Magdeburg bei der Art des Betriebes nicht mit der wünschenswerten Sicherheit auszuschließen.

Der von mancher Seite erwartete günstige Einfluß der Verteilung sterilisierter Milch auf die Höhe der Sommersterblichkeit fehlt in meinen Beobachtungen. Der Eindruck, den ich von den guten Erfolgen mit sterilisierter Milch in der kühleren Jahreszeit, von den ungünstigen in den Sommermonaten zurückbehalten habe, ist so stark, daß ich im Gegensatze zu manchen Vereinen, die ihre Milchküchen nur für die heißen Monate öffnen, geneigt wäre, vorzuschlagen, daß die Abgabe sterilisierter Milch in dieser Zeit ausgesetzt wird, daß dagegen die Beratungen in intensiverer Weise fortgesetzt werden, die Zubereitung der Nahrung aber der Mutter überlassen wird.

Man kann hier einwenden, daß die hiesige Milchküche in ihrer Einrichtung den berechtigten Anforderungen nicht gerecht geworden ist. Ich muß das zugeben, möchte aber noch hervorheben, daß viele der Milchküchen in anderen Städten, wie ich sie kennen gelernt habe, nicht besser funktionieren, wie unsere. Die Städte, die über Grundwasserleitung verfügen, sind in der Beziehung günstiger daran, daß die Kühlung nicht nur in der Milchküche und in Ausgabestellen einfacher durchzuführen, sondern auch den ärmeren Familien im Hause während des Sommers überhaupt möglich ist. Vielleicht hängt davon in hohem Grade der Erfolg der Milch- küchen ab.

Nach meinen Erfahrungen sollten Milchküchen nur von den Kommunen erhalten werden, die bis ins einzelne für die Beschaffung tadelloser Roh-

milch, für die technisch vollkommene Einrichtung der Milchküche, des Transportes und der Ausgabestellen Sorge tragen, und die erheblichen Mittel dafür aufzubringen imstande sind. Man spricht so leicht von einwandfreier sterilisierter Milch und findet sie so selten. Da aber die Einrichtung und Unterhaltung von Mustermilchküchen hohe Kosten verursacht, so tut man wohl gut, ehe weitere Milchküchen gegründet werden, den Erfolg der bestehenden abzuwarten und überhaupt nur die gut eingerichteten bestehen zu lassen. Die wissenschaftlichen Beobachtungen haben sich meines Erachtens zunächst auf bakteriologische Untersuchungen der sterilisierten Milch in der Anstalt, auf dem Transporte und im Hause der armen Familien zu richten und anderseits darauf, ob die Zunahme der Ernährungsstörungen im Sommer unter den mit sterilisierter Milch versorgten Kindern fehlt oder geringer ist als sonst.

Kontrolle der Milchgewinnung und des Milchverkaufes.

Die Tätigkeit der Milchküche muß überall ihre Ergänzung in der Überwachung der gesamten Milchversorgung der Städte finden. Es wird eine Frage eingehender Untersuchungen sein, inwieweit diesbezügliche Maßnahmen einen Ersatz für die Beschaffung sterilisierter Säuglingsmilch zu bieten vermögen oder allein neben der Einrichtung von Beratungsstunden ausreichend sind, auf die Säuglingssterblichkeit Einfluß auszuüben.

Die in neuerer Zeit erlassenen Polizeivorschriften für den Verkehr mit Milch bieten genügende Handhabe, um das Erreichbare durchzusetzen. Vorstudien für einen Vortrag auf dem internationalen Kongreß für Säuglingsfürsorge in Brüssel gaben mir Gelegenheit zu einer Kritik der bei uns bestehenden Bestimmungen für den Milchverkehr. Danach wäre meines Erachtens der Vertrieb von Kindermilch (Sanitäts-, Vorzugsmilch) von einer behördlichen Konzession, diese von einer eingehenden Prüfung und Beaufsichtigung durch beamteten Arzt und Tierarzt abhängig zu machen. Wir finden eine derartige Bestimmung nur in den Vorschriften für Dresden, Düsseldorf und München. Die genauere Vorschrift lautet: „Der Verkauf von Kindermilch ebenso wie der von sterilisierter oder pasteurisierter Milch muß polizeilich gemeldet und behördlich genehmigt sein. Bei Ansuchen dieser Genehmigung ist der Nachweis zu erbringen, daß der Unternehmer eine zuverlässige Person ist, die die zur Ausübung dieses Gewerbes nötigen Erfahrungen besitzt oder der andere darin erfahrene Personen zur Seite stehen. Es ist ferner die Zahl der einzustellenden Tiere anzugeben sowie durch das Zeugnis eines beamteten Tierarztes zu erweisen, daß die in Aussicht genommenen Stallungen ausreichend groß sind und den hygienischen Anforderungen entsprechen. Durch ein gleiches Zeugnis ist zu belegen, daß sämtliche in dem betreffenden Stalle gehaltenen Tiere gesund und auf Einspritzung der üblichen Tuberkulinmenge reaktionsfrei geblieben sind. Die betreffenden Tiere sind so zu kennzeichnen, daß eine Verwechslung ausgeschlossen ist. Die Einstellung neuer Tiere darf nur nach erfolgter Anzeige unter

Beibringung des Zeugnisses des beamteten Tierarztes erfolgen. Der gesamte Betrieb steht außerdem unter Aufsicht eines beamteten Arztes und Tierarztes. Bei Verlegung des Betriebes oder Wechsel der Stallungen ist vorher die behördliche Genehmigung einzuholen."

Selbstverständlich muß diese Konzession auch für die von auswärts eingeführte Kindermilch eingeholt werden. Nur in der Münchener Vorschrift ist die Bestimmung enthalten, die in keiner fehlen sollte, daß für die von auswärts eingeführte Kindermilch ein amtlicher Beweis darüber beizubringen ist, daß den Anforderungen der Münchener Vorschriften für Kindermilch Genüge getan ist.

Über die Berechtigung der Forderung, daß vor der Einstellung von Kindermilchkühen die Tuberkulinprobe ausgeführt und daß sie mindestens einmal nach einem halben Jahre wiederholt wird, ist viel gestritten worden, sie fehlt in vielen Polizeiverordnungen, und doch befolgt sie, im Gegensatz auch zu den Meinungsäußerungen wissenschaftlicher Autoritäten, die die klinische Untersuchung der Tiere zur Ausschaltung von Tuberkulose für ausreichend halten, der einsichtige Milchwirt, selbst ohne behördlichen Zwang. In unseren guten Musterstallungen werden nur Kühe eingestellt, die nicht auf Tuberkulinimpfung reagiert haben. Das erscheint mir als der beste Beweis, daß die Tuberkulinimpfung in die Polizeivorschriften für Kindermilch aufzunehmen ist.

Ebenso allgemeine Anerkennung unter den Praktikern findet die Anschauung, daß für die Gesundheit der Milchtiere die dauernde Haltung im Stalle keineswegs zuträglich, für Kindermilchtiere Weidetrieb, zum mindesten tägliche Bewegung im Freien oder im Laufstall, einen guten Teil des Jahres hindurch, zu fordern ist. Die früher allgemein verbreitete Ansicht, daß für Kindermilchkühe Trockenfütterung notwendig sei, ist heute zumeist verlassen, die neueren Polizeivorschriften haben die Verbote bestimmter Futtermittel erheblich eingeschränkt.

Was die Bestimmungen über die Beschaffenheit der Kindermilch anbetrifft, so wird darin vielfach zu wenig Rücksicht auf die Sauberkeit und bakteriologische Beschaffenheit der Kindermilch genommen. Zu empfehlen wäre, die Verordnung aufzunehmen, daß die Kindermilch sofort nach der Entfernung aus dem Stalle auf 3 bis 5° tief zu kühlen ist, wie es in Wirklichkeit in guten Milchwirtschaften geschieht und technisch leicht zu leisten ist, und daß sie bis zur Abgabe an den Konsumenten eine Temperatur von 10° nicht überschreiten darf. Gleichfalls berechtigt ist die Forderung, daß Kindermilch nur in fest verschlossenen, ungefärbten Glasgefäßen, welche das Datum (und Tageszeit, München) der Gewinnung tragen, in den Verkehr gebracht werden darf, sie sollte wie in Darmstadt und Mainz den Zusatz erhalten, daß die Flaschen direkt beim Produzenten gefüllt werden müssen.

Ich brauche an dieser Stelle auf die Kritik der Einzelheiten in den Polizeivorschriften nicht weiter einzugehen. Denn fast in allen Großstädten, auch bei uns in Magdeburg, liegt es nicht an den Verordnungen, wenn

die zum Verkauf kommende Milch den hygienischen Anforderungen nicht im entferntesten entspricht, sondern an der ungenügenden Ausführung und der unzureichenden Kontrolle sowie an dem mangelnden Verständnis der Produzenten, der Milchhändler und auch der Konsumenten.

Der Milchverkehr ist der polizeilichen Kontrolle unterstellt. Wer in unseren Städten die Verhältnisse des Milchkleinhandels, die Beschaffenheit der Räumlichkeiten, die Möglichkeit beziehungsweise Unmöglichkeit der Kühlung in den meisten Milchläden kennt, wer die kleinen Milchfuhrwerke und Handwagen kennt, in denen auch in den heißen Stunden der Sommertage die Milch in den Straßen herumgefahren wird, wer die oft zweifelhafte Sauberkeit der Kannen und Geräte, das Umgießen von einem ins andere beobachtet, der wird wohl in Zweifel kommen, ob diese Art der Versorgung mit Milch jemals den Anforderungen genügen kann.

Um mir eine Vorstellung zu verschaffen, von welcher Beschaffenheit die in Magdeburg zum Verkauf kommende Marktmilch „Vollmilch“ ist, habe ich mir eines Tages in unauffälliger Weise 74 Milchproben aufkaufen lassen, und zwar von den Händlern, die mit der Milch durch die Straßen fahren, aus Milchverkaufsläden und aus einigen Kuhställen, die in den Vorstädten existieren. Ich habe mich nur auf die Fettbestimmung nach Gerber beschränkt. Die Ergebnisse der Untersuchungen, die in der Tabelle s. S. 55 zusammengestellt sind, sind jedoch so eklatant, daß sie allein genügen, um die Forderung einer schärferen Milchkontrolle zu begründen. Die Magdeburger Polizeiverordnung betreffend den Verkehr mit Milch vom 14. Juni 1902 verlangt für „Vollmilch“ einen Fettgehalt von wenigstens 2·7%. Von meinen 74 Proben genügen dieser Vorschrift 38 und nicht weniger als 36 genügen ihr nicht und bleiben zum Teil außerordentlich weit hinter dem vorgeschriebenen Mindestfettgehalt zurück. Wenn auch dieser Beweis allein genügt, wäre es doch von recht großem Interesse, die übrigen Eigenschaften dieser „Vollmilch“ zu konstatieren. Derartige Untersuchungen sollten nur öfters ausgeführt werden, um die Aufmerksamkeit der Behörden wach zu erhalten.

Halten wir das Ziel unserer Bestrebung, die Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeit im Auge, so müssen wir gerade der Beaufsichtigung des Kleinhandels mit Marktmilch die größte Beachtung schenken, weil er die unbemittelten Leute, in deren Kreisen die Säuglingsmortalität die höchsten Grade erreicht, mit Milch versorgt. Daß lediglich durch die strenge Durchführung der bestehenden Verordnungen eine wesentliche Besserung der Milchverhältnisse in kurzer Zeit zu erreichen ist, haben Versuche in einzelnen Städten wie in Barmen, Solingen mit Sicherheit erwiesen. Werden Verstöße gegen die Polizeiverordnung durch verschärfte Kontrollen in größerer Zahl aufgedeckt, werden Verweise, Bestrafungen verhängt, werden die Ergebnisse der Milchrevisionen veröffentlicht, dann kommt in wenigen Wochen eine erheblich bessere Milch auf den Markt. In der Regel folgt eine Steigerung der Milchpreise, diese hat dann bis zu einem gewissen Grade ihre Berechtigung.

Fettgehalt	Zahl der Proben	Straßenhandel	Ladenverkauf	Kuhstall
1,5 %	1	1	—	—
1,6	—	—	—	—
1,7	—	—	—	—
1,8	1	1	—	—
1,9	1	1	—	—
2,0	1	1	—	—
2,1	5	4	1	—
2,2	7	4	3	—
2,3	2	2	—	—
2,4	2	1	1	—
2,5	11	8	3	—
2,6	5	3	2	—
unter 2,7 %	36	26	10	—
2,7 %	5	2	3	—
2,8	8	7	1	—
2,9	5	4	1	—
3,0	4	—	2	2
3,1	—	—	—	—
3,2	1	—	1	—
3,3	4	2	1	1
3,4	—	—	—	—
3,5	4	2	1	1
3,6	2	2	—	—
3,7	3	2	—	1
3,8	—	—	—	—
3,9	2	2	—	—
2,7 % u. darüber	38	23	10	5

Die Polizeivorschriften werden verfügt, sie haben aber nur Zweck, wenn sie kontrolliert werden. Das ist unter den bestehenden Verhältnissen schwierig. Die Kontrolle für Marktmilch ist der Polizei überlassen. Ihre Organe entnehmen die Proben und führen eine oberflächliche Untersuchung aus, die in den meisten Fällen fast wertlos ist. Scheint diese Vorprüfung irgend welche Anhaltspunkte dafür zu ergeben, daß die Milch den Anforderungen nicht entspricht, so wird die weitere Untersuchung angeordnet und in Städten, in denen Nahrungsmitteluntersuchungsämter existieren, zumeist diesen übergeben. Von wissenschaftlicher Seite sind ernste Bedenken gegen die unzureichende Methodik der polizeilichen Vorprüfung geltend gemacht. So wie sie heute zumeist stattfinden, sind die Vorprüfungen allenfalls imstande, starke Verdünnungen der Milch mit Wasser nachzuweisen, aber nicht gesundheitsschädliche Veränderungen, z. B. durch Bakterienwirkung. Deswegen sind die Untersuchungen möglichst, die der Vorzugsmilch ausschließlich durch fachmännisch ausgebildete Personen auszuführen.

Mehr als auf die Verfälschungen ist auf die Gesundheitsschädlichkeit der Milch zu achten. Der Nachweis der letzteren ist nicht leicht.

Und das allein rechtfertigt schon die Forderung, daß im Gegensatz zur Untersuchung der Verkaufsmilch die Überwachung der **Milchproduktion** in den Vordergrund gestellt wird. Wir haben ja immer mehr erkennen müssen, welchen Einfluß die Stallhygiene, die Sauberkeit beim Melken, die nachherige Kühlung auf die Gesundheit der Milch hat.

Ich habe die Erfahrung gemacht, daß die Besitzer großer Milchwirtschaften, besonders die, welche sich bemühen, eine wirklich einwandfreie Kindermilch — gegen entsprechenden Preis — auf den Markt zu bringen, bereit sind, den Anforderungen der Hygiene betreffs Gesundheit der Milchtiere, Stallhygiene, Milchgewinnung und Behandlung nachzukommen und vielfach in ihren eigenen Anordnungen weit über die der Polizei hinausgehen. Sie tun es schon mit Rücksicht auf die Aufzucht gesunden Viehes und deswegen, weil alle Maßregeln zur Verbesserung der Milchgewinnung und der Stallhygiene der Gesundheit der Tiere und der Erhöhung ihrer Milchergiebigkeit dienen, also die Wirtschaftlichkeit des Betriebes bessern. Etwas anderes ist es aber mit der Willfährigkeit der kleinen Milchwirte. Solange nicht eine einheitliche Aufsicht der Milchproduktion, des Milchtransportes und des Milchverkaufes durch eine Behörde möglich ist, werden die Milchhändler die Schuld an der unzureichenden Beschaffenheit der Milch auf die Produzenten schieben und umgekehrt. Die Milchproduktion gehört aufs Land, die Machtbefugnisse der Ortspolizei hören aber an den Grenzen des Stadtbezirkes auf. Der Mangel in der gesetzlichen Regelung des Milchverkehres bei uns besteht darin, daß die speziellen Anordnungen der Ortspolizei überlassen sind, also nur für den Bezirk der Stadt Geltung haben, dessen Grenzen vom Milchverkehr seiner Natur nach ständig überschritten werden. Dabei ist die Möglichkeit gegeben, daß Polizeivorschriften für den Verkehr mit Milch für größere Bezirke erlassen werden. So sind ausführliche Verfügungen vom Regierungspräsidenten erlassen für die Stadt Stettin und die naheliegenden Ortschaften, ferner für die Regierungsbezirke Koblenz und Sigmaringen. Die für Mainz und Darmstadt geltenden Verordnungen gelten für die betreffenden Kreise.

Wenn nicht eine einheitliche Regelung des ganzen Milchverkehres durch Reichsgesetz durchgeführt wird, die bei der Gleichartigkeit der Polizeiverordnungen in den verschiedenen Staaten und Städten naheliegt, so ist wenigstens die Ausdehnung der Polizeiaufsicht über den Milchverkehr auf größere Bezirke, die Stadt und Land umfassen, unbedingt notwendig. Damit würde ein wesentlicher Fortschritt angebahnt.

Milchzentralen.

Die Milchversorgung der Großstädte, das Verlangen der Konsumenten nach einer guten Milch, ebenso wie das der Produzenten nach besserer Verwertung ihrer Produkte, die Unsicherheit des Kleinhandels und die Schwierigkeit seiner Überwachung durch die Behörde schaffen immer mehr das Bedürfnis nach einer Zentralisierung des Milchverkehres und nach genossenschaftlichen Organisationen.

Für eine Reihe von Großbetrieben ist „Kjøbenhavns Mælkforsyning“ vorbildlich geworden, eine im Jahre 1878 gegründete Aktiengesellschaft, die sich die Aufgabe gestellt hat, Kopenhagen mit gesunder Milch zu mäßigem Preise zu versorgen und in ihren Statuten die Bestimmung hat, daß das Aktienkapital nicht mehr als 5% Dividenden tragen soll. Das Interesse der Produzenten an der Verwertung der Produkte und an der Sicherheit eines ständigen Absatzes wird in den Vordergrund gestellt durch Gründung von Milchgenossenschaften wie der musterhaften von Budapest. Vorbedingung für die Erfüllung der Aufgaben ist da wie dort eine Kontrolle des Viehbestandes und der Milchproduktion, wie sie strenger durch keine behördliche Verordnung eingeführt sein kann, und die zweckmäßige Organisation des Milchverkaufes.

Von ähnlichen Gesichtspunkten ist der Pariser Kinderarzt H. de Rothschild bei der Gründung des L'Oeuvre philanthropique du lait ausgegangen, doch hat diese noch mehr den Charakter der gemeinnützigen Anstalt. Um rohe Milch von guter Beschaffenheit zu erhalten, wurde eine Gesellschaft von Molkereien in der Umgebung von Paris verpflichtet, dem Institut die Milch unter denselben Bedingungen der Reinheit und Qualität und zu demselben Preise zu liefern, wie der Assistance publique. Es besteht eine Zentrale und zahlreiche Depots in den volkreichsten und ärmsten Quartieren von Paris. Frische Milch wird an jedermann zum Preise von 25 Cent. pro Liter verkauft. Im Gegensatz dazu wird die sterilisierte Milch, deren Preis niedriger ist als in gewerblichen Verkaufsstellen, nur an Personen der Arbeiterklasse und an Arme abgegeben. Außerdem werden Bons ausgegeben, welche dazu berechtigen, eine bestimmte Menge von frischer oder sterilisierter Milch zu halbem Preise oder gratis aus den Depots zu entnehmen. Diese Bons werden an philanthropische Gesellschaften, Polikliniken, Krippen, welche sie wiederum an bedürftige Mütter abgeben, verkauft, ein Teil derselben wird vom Institut selbst verteilt. Zwischen dem Einkaufspreise und dem Verkaufspreise der Milch besteht eine Differenz von 2 bis 5 Cent. pro Liter, dieser kleine Überschuß kommt dem Institute zugute. Während es im ersten Jahre auf Unterstützung durch die Wohltätigkeit, vor allem durch den Gründer selbst angewiesen war, steht es heute auf eigenen Füßen, deckt seine Unkosten und gibt außerdem noch Freimilch an Arme ab. Die Milchlieferung hat anfangs von Monat zu Monat rapid zugenommen. Wie sich das Institut in der letzten Zeit weiter entwickelt hat, darüber sind mir Berichte nicht bekannt geworden.

Bei uns haben sich einzelne milchwirtschaftliche Genossenschaften in der Umgebung von Großstädten gebildet, so die Berliner Milchzentrale (Vereinigte märkische Milchbauern) und der Verein Gesunde Milch in Hamburg, und es dürften wohl in nächster Zeit noch weitere entstehen, die durch strenge Selbstkontrolle über Produktion und Verkauf dem Konsumenten größere Garantie für gute Beschaffenheit der Milch bieten wollen. Die Zukunft wird lehren, bis zu welchem Grade der Großbetrieb den bisher üblichen Kleinhandel zu verdrängen vermag.

Von verschiedenen Seiten wird angeregt, daß die Kommunen die Milchversorgung ähnlich regeln, wie die Versorgung der Städte mit Wasser oder Gas, oder die mit Fleisch. Die beiden Referenten (Stadtbezirksarzt Dr. Poetter, Chemnitz, und Beigeordneter Brugger, Köln) über das Thema „Die Milchversorgung der Städte" im Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege (Augsburg, 1906) empfehlen die Einrichtung von Milchhöfen oder Milchzentralen, welche im Besitz und Betriebe der Stadt sind, oder zum mindesten durch eigens angestellte, entsprechend vorgebildete städtische Beamte überwacht werden. In diesen Zentralen soll die gesamte Milch zusammenfließen, hier wird sie nach etwaiger Reinigung, Kühlung und Aufbewahrung in Transportgefäße gefüllt und dann durch Verkaufswagen oder Verkaufsstellen an das Publikum abgegeben.

In Speyer wird nach Riewel (Handbuch der Milchkunde 1907) die Zentralisierung des Milchhandels geplant. In Posen scheint sich nach einer privaten Mitteilung von Herrn Kollegen Pincus, dem ich dafür auch an dieser Stelle meinen Dank sage, aus der städtischen Milchküche eine ähnliche Einrichtung entwickeln zu wollen. Dort ist im Juli 1906 eine städtische Milchküche eröffnet worden, die neben den Milchmischungen auch Vollmilch in Einzelportionen und Vollmilch zur Selbstbereitung von Säuglingsnahrung im Haushalte abgibt. Ähnliche Erfahrungen wie wir sie in Magdeburg mit den Milchausgabestellen gemacht haben, haben dort zu der Errichtung von städtischen Milchhäuschen geführt, die entsprechend ausgestattet sind. Durch die Milchküche geht seit einigen Monaten Milch für Schulen, in denen sie zum Preise von 5 respektive 8 Pfennigen (Vorzugsmilch) für 200 Gramm abgegeben wird. Ferner wird durch die Milchküche die von der Stadt für die Armen bewilligte Milch (zirka 600 Liter) und die Milch für die städtischen Anstalten bezogen, auch die in den städtischen Parkanlagen verpachteten Erfrischungshallen werden vertraglich gehalten, Milch aus der Milchküche zu entnehmen. Es wird von der Milchküche ein etwas höherer Preis als der Marktpreis gezahlt und beim Verkauf erzielt. Auf dieser Grundlage hofft man die weitere Zentralisierung des Milchverkehres zu erreichen. Es soll eine amtliche Milchuntersuchungsstelle, wie sie übrigens auch für München geplant ist, eingerichtet werden, und man rechnet damit, daß der für die dort kontrollierte Milch zu erzielende höhere Preis die Landwirte veranlassen wird, ihre Milch durch die Zentrale passieren zu lassen.

Es ist wohl möglich, daß in einzelnen Städten sich unter besonderen Bedingungen eine derartige Zentralisierung des Milchverkehres unter behördlicher Kontrolle von selbst entwickelt. Im allgemeinen dürfte es wohl zweckmäßiger sein, wenn die Stadt die Zentrale nicht in eigene Verwaltung nimmt, sondern die Gründung und Leitung den Interessenten, den Milchhändlern oder den Milchproduzenten, überläßt. Die notwendige Besserung der Milchverhältnisse der Großstädte ist aber durch die oberen Verwaltungsbehörden, wie oben gesagt, in der Weise zu fördern, daß die Polizeivorschriften für den Verkehr mit Milch für größere Bezirke er-

lassen werden, und die Milchproduktion ebenso wie den Milchhandel unter strenge Kontrolle stellen. Die Städte haben das größte Interesse daran, daß die Kontrolle über gewöhnliche Marktmilch und über Vorzugsmilch energisch gehandhabt wird, sie können die auf die Verbesserung der Milch gerichteten Bestrebungen wesentlich fördern, wie auch Brugger hervorhebt, wenn die Behörden dazu übergehen, den Milchbedarf für die ihnen unterstellten Anstalten nicht schlechthin an den Mindestfordernden zu vergeben, sondern unter Gewährung eines angemessenen Preises hohe Anforderungen an die Milchlieferung stellen.

Schlußfolgerungen.

Über die Magdeburger Milchküche habe ich absichtlich so ausführlich berichtet, weil die Aufhebung einer bereits bestehenden Einrichtung zu einer Zeit, in der in anderen Städten gleichartige in großem Umfang geplant werden, die Verpflichtung auferlegt, die Gründe für den Aufhebungsbeschluß darzulegen.

In einer eingehenden Veröffentlichung bereits vor 4 Jahren habe ich die Nachteile der in den ursprünglichen gouttes de lait und die Vorteile der in den Consultations vertretenen Richtung der offenen Fürsorge erörtert und bin damals zu folgenden Vorschlägen für die kommunale Säuglingsfürsorge gekommen:

1. Beratungsstunden und Überwachung der Ziehkinder.

2. Materielle Unterstützung der bedürftigen stillenden Mütter und das um so mehr, wenn den künstlich genährten Kindern Nahrungsmittel zu niedrigem Preise oder gratis verabreicht werden.

3. Säuglingsheime.

Die Erfahrungen, die ich seither in der Praxis der Säuglingsfürsorge gemacht habe, haben mich nur von der Richtigkeit der damaligen Anschauungen überzeugt. Auf die praktischen Konsequenzen brauche ich hier nicht weiter einzugehen, da Herr Stadtrat Lindemann im zweiten Teil die Vorschläge ausführlich begründet, die die Grundlage für die Neuorganisation der offenen Säuglingsfürsorge in Magdeburg bilden.

Fürsorge für Kinder, die besonders gefährdet sind.

Welche Säuglinge sind besonders gefährdet?

Die Statistik aller Länder hat seit langem erwiesen, daß unter den Kindern der ärmeren Bevölkerungsschichten einzelne Gruppen es sind, die zu der hohen Säuglingssterblichkeit einen besonders hohen Beitrag leisten und für die daher weitergehende Fürsorgemaßnahmen geschaffen werden müssen, wenn wir die Gesamtsäuglingsmortalität herabsetzen wollen. In den deutschen Bundesstaaten haben die staatlichen und kommunalen Behörden in erster Linie ihre Aufmerksamkeit dem Schicksale der „Ziehkinder“ zugewendet und durch Gesetze, Erlasse und Verordnungen die Beaufsichtigung der in fremder Pflege befindlichen Kinder bis zum 6. oder 8. Lebensjahre angeordnet. Verfolgt man die alljährlich eingehenden Berichte der Medizinalbeamten über die Morbidität und Mor-

talität der Ziehkinder, so müßte man im Gegenteile zu dem Schlusse kommen, daß diese Kinder eines besonderen behördlichen Schutzes nicht bedürfen. Selbst wenn man in der Statistik, wie es sein soll, berücksichtigt, daß die Kinder zumeist erst nach den ersten Lebenswochen aus der Pflege der Mutter in fremde übergehen, daß also die für den Säugling gefährlichste Zeit in der Sterblichkeitsstatistik der Ziehkinder wegfällt, so sind die Mortalitätsziffern doch auffallend niedrig. Man kann sich die Tatsache damit erklären, daß die Pflegefrauen die Pflege und Ernährung des Kindes oft mit größerem Geschicke durchführen wie die weniger erfahrenen Mütter. Die Anordnung strengerer Aufsicht über das Haltekinderwesen hat dazu beigetragen, daß in allen Städten ein Stamm von guten Pflegemüttern besteht, die auch bei geringem Entgelt mit großer Sorgfalt das ihnen anvertraute fremde Kind pflegen. Man kann weiter die günstigen Zahlen der Mortalität unter Ziehkindern damit erklären, daß für die Pflegemutter die Haltung von Kostkindern oft die einzige Erwerbsquelle ist. Stirbt das Kind, so verliert sie eine Einnahme; und sind mehrere in ihrer Pflege gestorben, dann droht die Gefahr, daß ihr die Erlaubnis zu ihrem Gewerbe entzogen wird. So zwingt sie ihr eigenes Interesse zu sorgfältiger Pflege.

Aber diese Erklärungen reichen nicht aus. Denn neben den guten gibt es schlechte Pflegefrauen, sie sind jedem Ziehkinderarzte zur Genüge bekannt. Die niedrigen Zahlen der Polizeiberichte über Ziehkindermortalität haben ihren Grund darin, daß sich die polizeiliche Aufsicht und also der Bericht nur auf die Ziehkinder erstreckt, deren Unterbringung in fremder Pflege der Behörde gemeldet ist und die sich meist bei Ziehmüttern befinden, die aus der entgeltlichen Aufnahme fremder Kinder ein Gewerbe machen. Nicht die offiziell gemeldeten Ziehkinder sind als besonders gefährdet anzusehen, sondern die, welche, ohne daß der Aufsichtsbehörde Anzeige erstattet wird, in fremder Pflege untergebracht sind, und das sind nach meinen Erfahrungen die Mehrzahl der Ziehkinder. Da läßt sich nur Wandel schaffen, wenn durch geeignete Maßnahmen die Verheimlichung und Verschleppung von Ziehkindern möglichst verhindert wird. Das ist die Vorbedingung für ein wirksames Eingreifen der Fürsorge. Auf diese Verhältnisse hat erst jüngst Pütter auf Grund reicher Erfahrung die Aufmerksamkeit gelenkt, ich komme später darauf zurück.

Ich möchte an dieser Stelle einen Mißstand erwähnen, der hier in Betracht kommt, nämlich die Unterbringung von Schwangeren zu privater Entbindung im Hause von Hebammen. Es handelt sich fast stets um uneheliche Mütter, denen an der Geheimhaltung der Entbindung liegt, die an dem Schicksale des Kindes wenig oder kein Interesse haben und die oft genug von auswärts nur für die Entbindung und die ersten Tage des Wochenbettes zuziehen. Die Kinder werden, da sich die Mütter doch sehr bald von ihnen trennen, von Anfang künstlich genährt und verbleiben häufig in Pflege der Hebammen. Diese versäumen es fast nie, die Kinder regelmäßig dem Arzte und, wenn eine amtliche ärztliche Aufsicht über

die unehelichen und Pflegekinder eingeführt ist, dem Ziehkinderarzte vorzustellen. Sie tun es schon aus dem Grunde, um sich bei eventuellen Todesfällen den Rücken zu decken und sagen zu können, die Kinder seien in ärztlicher Behandlung gewesen. Denn verheimlichen lassen sich bei der besonderen Anzeigepflicht der Hebammen diese „Ziehkinder" nicht. Wird ein hohes Kostgeld gezahlt, dann ist für sie unter Umständen in der Pflege der Hebammen recht gut gesorgt. Ist das Kostgeld geringer, so bringt die Hebamme das Kind möglichst bald nach dem Weggange der Mutter in fremder Pflege unter, und zwar, um der lästigen Ziehkinderkontrolle zu entgehen, mit Vorliebe auf dem Lande oder in einer kleinen Stadt. Meines Erachtens tut die Fürsorge gut, diesen Außendepots ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Neben den Ziehkindern gibt es aber noch eine große Zahl anderer, die in gleicher Weise des besonderen Schutzes der Fürsorge bedürfen. Ich spreche nicht von den Kindern, deren Pflege und Ernährung einer Großmutter überlassen ist, die auf Grund der Erfahrung an den eigenen Kindern alles besser weiß wie der Arzt, deren Selbstvertrauen selbst durch die Tatsache, die sie auf Befragen zugibt, daß von ihren 8 Kindern 5 innerhalb des 1. Lebensjahres gestorben sind, nicht zu erschüttern ist, sondern ich spreche von den Kindern, deren soziale Lage sie mehr als andere gefährdet. Unter den unehelichen sind es die, welche in Pflege der mütterlichen Familie sind, für diese aber nichts als eine Last darstellen, von der man je eher je lieber befreit sein möchte, dann die Kinder, die mit ihrer Mutter zusammen in fremder Pflege sind, und schließlich die, die nur nachts unter Obhut der Mutter, tagsüber bei fremden Leuten untergebracht sind. Ich habe nun einige Worte hinzuzufügen. Zunächst habe ich jene unehelichen Kinder genannt, die in der Familie der Mutter Aufnahme gefunden haben. Die Großeltern haben sich nur widerwillig dazu entschlossen, um die Kosten der fremden Pflege zu ersparen; die Existenz des Kindes wird der Mutter ständig zum Vorwurfe gemacht, so daß sie möglichst bald eine andere Unterkunft oder Stellung in anderer Stadt sucht. Das Kind bleibt der Großmutter überlassen, die ihm zum mindesten eine nicht wohlwollende Pflegerin ist; stirbt es, so weint ihm wohl kaum jemand eine Träne nach. Weiter kommen die Kinder in Betracht, die mit der Mutter zusammen in fremdem Haushalte sind. Zumeist handelt es sich um Fälle, in denen die Mutter die Existenz des Kindes vor ihrer Familie geheimhalten will. Sie hat die Entbindung in einer öffentlichen Anstalt durchgemacht und muß nun für die nächsten Wochen für sich und ihr Kind irgendwo eine Unterkunft suchen. Angeblich befindet sich das Kind in Pflege der Mutter, in Wirklichkeit ist es meist da schon in der der fremden Frau. Nimmt die Mutter später ihre Arbeit wieder auf und bleibt noch in derselben Schlafstelle, so hat sie das Kind höchstens nachts bei sich. So lockert sich der Zusammenhang zwischen Mutter und Kind immer mehr, aber in diesem Übergangsstadium fallen die Kinder nicht unter die offizielle Ziehkinderkontrolle der Polizei — nur das Königreich Sachsen macht eine Ausnahme — sie

werden erst „Ziehkinder", wenn die Mutter für sich selbst eine andere Unterkunft sucht und das Kind allein in der fremden Pflege läßt. Gerade diese Übergangszeit bringt dem Kinde die größte Gefahr, da die Teilung der Pflege nicht Vorteile, sondern nur Nachteile bringt. Bei Erkrankung des Kindes schiebt die Mutter die Schuld auf die Tagespflege und umgekehrt. Keine von beiden trägt die ganze Verantwortung und jede richtet die Mahlzeiten in Zahl und Größe so ein, wie es ihrer Ruhe, nicht wie es der Gesundheit des Kindes zuträglich ist. Bei einer Auszählung der unehelichen Kinder in Magdeburg dürfte sich die Zahl der Säuglinge, die tagsüber in fremder, nachts in Pflege der Mutter sind, als unverhältnismäßig groß herausstellen.

Wenn ich unter den unehelichen Kindern diese Gruppen als besonders gefährdet und schutzbedürftig herausgreife, so darf diese Gefahr andererseits nicht überschätzt werden. Ich kenne zu viele Kinder, die in der Familie der Großeltern als sehr unwillkommene Gäste aufgenommen worden sind und dann trotz alledem sorgsame Pflege und Erziehung gefunden haben, ebenso wie die ehelichen Kinder der Familie. Und den Bestrebungen gegenüber, die die fille-mère unter allen Umständen als zur Erziehung des Kindes ungeeignet hinstellen und in den unehelichen Kindern nichts anderes als künftige Vagabunden sehen, möchte ich doch darauf hinweisen, daß manche dieser Mütter selbst unter den ungünstigsten Verhältnissen für ihr Kind mit einer Liebe und Aufopferung sorgt, die unsere höchste Anerkennung erfordert. Diese Kinder würden eines behördlichen Schutzes nicht bedürfen, aber wir werden die wirklich gefährdeten nicht kennen lernen, wenn wir nicht alle unehelichen ohne Ausnahme unter Aufsicht stellen. Dann fällt auch die Möglichkeit weg, daß in der Ziehkinderkontrolle gerade die gefährdeten dem Schutze der Fürsorge entzogen werden. Und die Aufsicht ist so zu gestalten, daß sie von den Müttern, denen das Wohl ihrer Kinder am Herzen liegt, nur als Wohltat empfunden wird, während sie den übelwollenden als Zwang dient. Wollen wir den mit der Aufsicht erstrebten Zweck wirklich erreichen, so ist die erste Bedingung die, daß *möglichst wenige Kinder* aus den Gruppen, die als besonders gefährdet anzusehen sind, *der* **Aufsicht** *entzogen* werden können.

Allgemeine Organisation der Aufsicht.

Im Sinne meiner Ausführungen sind also sämtliche unehelichen Kinder ohne Ausnahme und sämtliche Ziehkinder der Aufsicht der kommunalen Säuglingsfürsorge zu unterstellen, und zwar im allgemeinen bis zum Eintritte in die Schule.

Für diesen Zweck muß die städtische Fürsorgezentrale alle in Betracht kommenden Kinder kennen und über Ort und Art ihrer Unterkunft unterrichtet sein. Schnelle und regelmäßige Verständigung aller beteiligten Behörden ist erforderlich. Dazu gehört die Mitwirkung der Standesämter, des Vormundschaftsgerichtes, der Polizei, des Gemeindewaisenrates, der Berufsvormundschaft. Auch die Anstalten der geschlossenen Fürsorge

und die private Wohltätigkeit müssen sich beteiligen. Damit werden den Anstaltsvorständen allerdings neue Pflichten auferlegt, deren Erfüllung Schwierigkeiten und Unbequemlichkeiten mit sich bringt, aber der Erfolg der Fürsorge ist nur so zu erreichen. Es ist daher zu erwarten, daß sich im Interesse des Ganzen auch alle Behörden dem Nachrichtendienste anschließen. Ich selbst habe einen Mißerfolg in dieser Beziehung zu verzeichnen. Auf meine Bitte sprach die städtische Armendirektion der Direktion der Provinzialhebammenlehranstalt den Wunsch aus, daß diese der Berufsvormundschaft, als der derzeitigen Zentrale, die Entlassungen unehelicher Kinder und Angaben, wohin die Kinder nach der Entlassung aus der Anstalt kommen, melde, damit die Aufsicht sofort in Kraft tritt. Sie erhielt mit längerer Motivierung einen abschlägigen Bescheid mit dem Zusatze: „Zu einer Meldung an die Berufsvormundschaft würde ich nur dann bereit sein, wenn ich von der Behörde dazu aufgefordert würde. Es ist mir bei meinem beschränkten Personale nicht möglich, außer den behördlich vorgeschriebenen Meldungen an Polizei und Standesamt mich zu weiteren zu verpflichten, die außerhalb des Zweckes der Anstalt liegen." Es ist, wie gesagt, wohl zu hoffen, daß diese Schwierigkeiten in Zukunft zu überwinden sind.

Ferner ist notwendig, daß der ganze Nachrichtendienst wie die gesamte Fürsorge — ich muß immer wieder darauf hinweisen — in einer Behörde zentralisiert ist, die wiederum allen anderen und auch der privaten Wohlfahrtspflege die notwendigen Auskünfte erteilt. Auf die verwaltungstechnische Seite der Organisation brauche ich nicht einzugehen, da sie Herr Stadtrat Lindemann im zweiten Teil unserer Arbeit bespricht.

Ich möchte nur noch hinzufügen, daß nicht nur die für die Fürsorge in Betracht kommenden Behörden der Stadt sich untereinander, sondern daß sich auch die Zentralen der verschiedenen Städte schnell und regelmäßig über Aufenthaltswechsel der beaufsichtigten Kinder gegenseitig verständigen. Fälle wie der folgende zeigen die Notwendigkeit am besten.

Die uneheliche Mutter ist Magdeburgerin, ist zur Entbindung nach Leipzig gegangen und von dort zehn Tage nach der Entbindung mit ihrem Kinde zu ihren Eltern hierher zurückgekehrt. In Leipzig ist nach Angabe der Mutter die Geburt angemeldet worden, ebenso ist der Zuzug von Mutter und Kind hier rechtzeitig polizeilich gemeldet. Als ich das Kind zum ersten Male sah, war es 2½ Monate alt und schwer krank, es starb wenige Tage später. Die vorgeschlagene Aufnahme ins Krankenhaus wurde verweigert, und mir waren keine Handhaben gegeben um einzugreifen, da noch dazu die Mutter Vormund war. Aus dem ganzen Verhalten der Mutter ging ohne weiteres hervor, daß sie nicht das mindeste Interesse hatte, das Kind am Leben zu erhalten. Eine Schuld läßt sich nicht nachweisen, wohl aber wäre es vielleicht anders gekommen, wenn die Meldung an uns schnell gelangt wäre und wenn die Mutter nicht auch noch Vormund gewesen wäre. Das Vormundschaftsgericht hatte wie üblich ein Leumunds-

zeugnis über die Mutter eingeholt und das war nicht ungünstig. In Leipzig war die Kontrolle in den wenigen Tagen des dortigen Aufenthaltes nicht in Kraft getreten, die hiesige Polizeibehörde hatte die Meldung vom Zuzug des unehelichen Kindes nicht rechtzeitig weitergegeben, und so erfuhren wir von der Existenz des Kindes erst wenige Tage vor seinem Tode.

Sehr wichtig ist die Frage, der auch Herr Stadtrat *Lindemann* eine ausführliche Besprechung widmet, mit welchem Recht sich die Aufsicht der kommunalen Fürsorge in Preußen auf alle unehelichen Kinder, nicht nur auf die Ziehkinder ausdehnen läßt und ob ihr *alle diese Kinder zwangsweise unterstellt* werden dürfen. Meiner Ansicht nach hängt davon der Erfolg der Maßnahmen ab, keines der Kinder darf der Aufsicht entzogen werden. Reichen die dem Gemeindewaisenrate zuerteilten Rechte dazu nicht aus, so wäre es erforderlich, seine Befugnisse gesetzlich dahin zu erweitern.

Ein Zwang, die Kinder der Aufsicht zu unterstellen, ist notwendig. Ich habe seit 1½ Jahren die ärztliche Aufsicht über die Ziehkinder und sämtliche unehelichen Kinder geführt, im Auftrage der Stadt, aber ohne daß meine Befugnisse streng präzisiert waren. Die Vorteile der ärztlichen und pflegerischen Überwachung standen allen Kindern der genannten Art offen, aber sie wurden nur von einem Teile ausgenutzt. Was sich freiwillig der ärztlichen Aufsicht unterstellt, das sind die Kinder, für die sich die Mutter interessiert, die zumeist auch gut gedeihen, also die Kinder, die des speziellen Schutzes der Fürsorge wenig bedürfen und die auch ohne diese Aufsicht nicht vernachlässigt worden wären. Ich will damit selbstverständlich den Wert der Belehrung in den ärztlichen Beratungsstunden nicht herabmindern, ihre Notwendigkeit nicht in Frage stellen. Aber die wirklich gefährdeten Kinder werden mir, wenn überhaupt, erst dann zugeführt, wenn sie schwer erkrankt sind, wenn die Hauptaufgabe der ärztlichen Aufsicht, die Vorbeugung der Krankheiten, nicht mehr zu verwirklichen ist und nur noch Aufnahme in geschlossene Fürsorge, die dann oft auch noch verweigert wird, das Kind vor dem sicheren Tode retten kann. Wäre es anders, würde die Aufsicht von allen in Anspruch genommen, denen sie zur Verfügung steht, dann wäre eine Beobachtung, die allen Besuchern der Fürsorgesprechstunden auffällt, nicht zu erklären, daß die überwiegende Mehrzahl der vorgestellten Kinder gesund und gut gepflegt erscheint.

Mir ist es auch mehr als zweifelhaft, ob die Anordnung, daß alle materiellen Unterstützungen, wie Stillprämien, Preisermäßigung für Säuglingsmilch, von der Bedingung abhängig gemacht werden, daß die Kinder dem städtischen Kinderarzt regelmäßig vorgestellt werden, ausreichen wird, um gerade die schutzbedürftigsten Kinder der ärztlichen Aufsicht zuzuführen. Selbst zu der Zeit, als die Magdeburger Milchküche noch in großem Umfange Gratismilch für Kinder der armen Familien ausgab, deren Gewährung von der Vorstellung in den Beratungsstunden abhängig war, wurde diese Einrichtung doch nur von den guten Müttern und Pflegemüttern in Anspruch genommen. Die anderen fehlten, denen war schon

der Zwang, die Kinder vorzustellen, die Mühe, die Milch abzuholen, zu groß. Wollen wir die Aufsicht auf uneheliche Kinder und naturgemäß in erster Linie auf die gefährdeten ausdehnen, dann hilft es wohl etwas, daß materielle Unterstützungen, unentgeltliche Gewährung ärztlichen Rates und ärztlicher Behandlung als Belohnung wirken und Mütter und Pflegemütter zu der Fürsorge heranziehen; für die schlimmsten Fälle jedoch ist ein Zwang notwendig und darum wiederum eine ständige Kontrolle, daß sich niemand dem Zwang entzieht. Ich bin der Meinung, daß man auch die gewissenhafteste Mutter oder Pflegemutter nicht vollständig von der Notwendigkeit, das Kind dem Fürsorgearzt vorzustellen, dispensieren darf. Wohl soll man von Fall zu Fall alle denkbaren Erleichterungen gewähren, von dem Besuch der öffentlichen Fürsorgesprechstunden entbinden; ich habe für diese Kinder meine privaten Sprechstunden (unentgeltlich) zur Verfügung gestellt und den besoldeten Pflegerinnen anheimgegeben, mir die Kinder dorthin zuzuweisen. Diese Rücksichtnahme ist erwünscht und vermeidet alle scheinbaren Härten der behördlichen Aufsicht.

Am besten bewährt hat sich für die Aufsicht das Taubesche System, die Überwachung der gefährdeten Säuglinge durch Arzt und besoldete Pflegerinnen.

In Magdeburg wurde im Jahre 1902 von Brennecke eine Aufsicht über die Ziehkinder eingerichtet, die Mütter wurden in einer einmal wöchentlich stattfindenden Sprechstunde belehrt, die Kinder dort vorgestellt und zu Hause von einer besoldeten städtischen Pflegerin kontrolliert. Das ist der Anfang der heutigen kommunalen Säuglingsfürsorge. Anderseits wurden für die Kinder, die aus der städtischen Milchküche Nahrung erhielten, im Oktober 1905 Beratungsstunden eingerichtet, die mehr und mehr auch von den unehelichen und Ziehkindern in Anspruch genommen wurden, bis schließlich die ärztliche Aufsicht über alle diese Kinder zentralisiert und offiziell mit den Beratungsstunden verbunden wurde.

Ärztliche Überwachung.

Die ärztliche Überwachung der unehelichen und Ziehkinder, wie sie jetzt praktisch bei uns durchgeführt ist, ist im wesentlichen in den öffentlichen Fürsorgesprechstunden konzentriert, die an 4 Tagen jeder Woche in den verschiedenen Stadtteilen stattfinden und zwar in den späten Vormittagsstunden. Die Frequenz wechselt je nach Jahreszeit, Witterung usw. außerordentlich stark, manche Sprechstunde war von 100 bis 120, andere nur von 5 bis 10 Kindern besucht. Als Räumlichkeit für die Sprechstunden sind in der Altstadt und Neustadt je 2 Zimmer in städtischen Gebäuden, in den Vorstädten Buckau und Sudenburg je 1 geräumiges Zimmer im Rathause zur Verfügung gestellt, sie sind meines Erachtens ausreichend. Die Ordnung unter den Wartenden wird durch unser Faktotum aufrecht erhalten, einen alten Herrn, Präbendaten des Stiftes Kloster St. Augustini, der gegen eine geringe Entschädigung an allen Sprechstunden teilnimmt. Seine ordnende Tätigkeit

hat sich oft bewährt, wenn der Andrang von Müttern sehr groß war und eine der andern zuvorzukommen suchte. Da, wo 2 Zimmer zur Verfügung stehen, werden aus dem Wartezimmer von unserem „Ordner" je 6 bis 8 Mütter mit ihren Kindern gleichzeitig ins Sprechzimmer eingelassen, da, wo nur 1 Zimmer vorhanden ist, stehen die Frauen zum größten Teil mit ihren ausgekleideten Kindern auf dem Arm um meinen Tisch herum. Das hat, selbst auf die Gefahr hin, daß ein kleiner Schreihals gelegentlich ein ganzes Konzert in Gang bringt, den großen Vorteil, daß das, was ich der einen Frau sage, gleichzeitig von 6 bis 8 anderen gehört wird, so daß ich mich nicht so oft zu wiederholen brauche, und daß Lob und Tadel unter diesen Umständen wesentlich stärker wirkt. Ebenso ist es vorteilhaft, daß die Kinder im Vorzimmer nur entkleidet, dagegen unter meinen und der Mutter Augen von der Pflegerin gewogen werden. Mein ärztliches Instrumentarium ist denkbar einfach, dagegen ist der Bureauapparat groß, da stets die Kontrollkarten für sämtliche beaufsichtigten Kinder mitgeführt werden. Ich darf auch an dieser Stelle der Dame, die in den 2 Jahren meiner hiesigen Tätigkeit mich in der Fürsorge und vor allem in den Sprechstunden unterstützt hat, Fräulein R. A. Schwarzlose, meinen herzlichsten Dank aussprechen. Ihr verdanke ich es, wenn das große Material von Karten auf dem Laufenden gehalten wird. Was weiter Fräulein Schwarzlose der Fürsorge durch taktvolles Eingreifen, durch Belehrung der Mütter, wo der Arzt nicht mit gleichem Erfolg sprechen kann (z. B. über den Vorzug der Krankenhausbehandlung), im einzelnen Fall geleistet hat, erwähne ich nur nebenbei. So hoch ich die Tätigkeit der besoldeten Pflegerinnen, auf die ich später hingehe, stelle, so sehr habe ich derart ehrenamtlich gewährte Hilfe von Frauen schätzen gelernt, wenn sie soviel ehrliche positive Arbeit leistet wie in dem erwähnten Falle. Um die freiwillig gebotene Hilfe voll und ganz nutzbar zu machen, ist allerdings das eine notwendig, daß auch für das Ehrenamt Pflichten und Rechte ebenso scharf abgegrenzt werden wie für das besoldete Amt.

Die besoldeten Pflegerinnen nehmen an den Sprechstunden teil, und zwar jede an der, in welcher die Säuglinge ihres Bezirkes zur Vorstellung kommen. Im Anschluß an die Sprechstunden berichten mir die Pflegerinnen über die Vorgänge in ihrer Praxis. Stets habe ich bedauert, daß es mir zumeist an der notwendigen Zeit fehlte, in bestimmten regelmäßigen Unterrichtsstunden Fragen der Säuglingshygiene mit allen Pflegerinnen zusammen besprechen zu können. So habe ich wenigstens mich bemüht, in den einzelnen Sprechstunden die Pflegerinnen auf alle möglichen Einzelheiten aufmerksam zu machen, sie zur Beobachtung von Krankheitserscheinungen heranzubilden, damit sie, so weit es ihnen zukommt, zweckmäßig und rechtzeitig eingreifen können.

Aus der langen Schilderung geht schon hervor, daß ich in der Fürsorgestelle etwas ganz anderes sehe als eine Poliklinik. Soweit sich Prophylaxe von Behandlung, so weit unterscheiden sich die Beratungsstunden von der Poliklinik. Abgesehen davon, daß der Leiter der Fürsorgesprechstunden, wenn es notwendig ist, seiner Klientel auch Rat in Vor-

mundschaftsangelegenheiten zu erteilen hat, abgesehen davon, daß er sich um die wirtschaftlichen Verhältnisse der Mutter, um die Unterbringung der Kinder in den Pflegestellen bis zu einem gewissen Grade zu kümmern und danach zu fragen hat, ist seine ärztliche Tätigkeit eine andere als die des Poliklinikers. Ich habe meine erste Aufgabe darin gesehen, Krankheiten unter den überwachten Kindern nach Möglichkeit zu verhüten. Der Weg dazu ist Belehrung der Mutter über Pflege und Ernährung des Kindes, Beseitigung falscher Anschauungen und vor allem Aufklärung über die Vorzüge der Frauenmilch, Propaganda für Selbststillen. Es ist wohl möglich, daß mancher Polikliniker auf diese hygienisch-prophylaktische Tätigkeit stolz herabsieht; ich habe derartige Urteile zu hören bekommen, sie sind meines Erachtens nichts weniger als gerechtfertigt. Das eine muß ich betonen, daß die beste Ausbildung in Säuglingsheilkunde gerade ausreicht, um dem Fürsorgearzt die Grundlage für seine Tätigkeit zu geben. Es gehören aber noch andere Eigenschaften dazu, deren Besitz die Erfolge einzelner Persönlichkeiten, wie z. B. die Budins auf diesem Gebiet erklärt. Wer die Tätigkeit des Fürsorgearztes unterschätzt, der sollte nur daran denken, daß ein Mann wie Budin in seinem weit ausgedehnten Wirkungskreis sich gerade dies Gebiet zu persönlicher Tätigkeit ausgesucht und ihm seine Zeit gewidmet hat, gewiß nicht nur aus besonderer Vorliebe, sondern weil er sich bewußt war, unter den jüngeren wohl leichter einen geeigneten Vertreter auf den anderen Gebieten zu finden als gerade auf diesem. Zu guter klinischer Ausbildung in Säuglingsheilkunde muß sich praktische Erfahrung im Leben und Interesse an den sozialen Verhältnissen gesellen, um dem Fürsorgearzt Erfolge zu sichern. Andererseits ist es wohl nicht unnütz, darauf hinzuweisen, daß die Tätigkeit in der öffentlichen Säuglingsfürsorge aus dem Arzt von durchschnittlicher Vorbildung noch keinen Pädiater macht. Die Kinderheilkunde als Spezialfach würde durch diesen Zuwachs nicht gewinnen.

Zu der Vorbeugung von Krankheiten kommen aber noch andere Aufgaben. Ich habe in dem der geschlossenen Fürsorge gewidmeten Teil bereits darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, daß man die Erscheinungen von hereditärer Syphilis rechtzeitig konstatiert, um Übertragungen verhüten zu können. Dasselbe gilt von vielen anderen Erkrankungen, besonders auch Ernährungsstörungen. Die Behandlung bestehender Krankheiten habe ich soweit als irgend möglich in den Beratungsstunden eingeschränkt, mich damit begnügt, die Mutter oder Pflegemutter auf die Krankheitsymptome aufmerksam zu machen und ihr dringend ärztliche Behandlung empfohlen. Auch die Ernährungstherapie des Fürsorgearztes sollte sich meines Erachtens nur auf die Störungen ex alimentatione beschränken, die durch Regelung der Ernährung in guter Einzelpflege erfolgreich zu behandeln sind. Über die Indikationen der geschlossenen Fürsorge habe ich oben gesprochen, die Aufgabe der Beratung in dieser Beziehung ist die Indikationsstellung und die rechtzeitige Überweisung ins Krankenhaus. Durch eine derartige Beschränkung der ärztlichen

Tätigkeit in der Fürsorge ist es mir gelungen, das anfängliche Mißtrauen der Ärzte gegen die Beratungsstunden zu überwinden und sie im Gegenteil als Helfer zu gewinnen, so daß sich z. B. die Bezirksärzte jetzt bereit erklärt haben, zunächst für ein Jahr unentgeltlich die Behandlung der aus der Fürsorge ihnen zugewiesenen kranken Säuglinge zu übernehmen. So willkommen die Mitwirkung der Ärzte ist, so notwendig ist es, daß die ärztliche Aufsicht über die fürsorgebedürftigen Kinder in einer Hand vereinigt ist, wenigstens in Städten von der Größe Magdeburgs. Nur so ist die Einheitlichkeit der Belehrung gesichert, nur so werden Mißstände vermieden, die das Verheimlichen und Verschleppen von Säuglingen, die unrechtmäßige Ausbeutung von Fürsorgeunterstützungen begünstigen. Die Gefahr liegt gerade bei dieser Klientel nahe, die durch häufigen Wechsel der Wohnung und der Pflegestellen eine Überwachung so sehr erschwert. Bestehen mehrere Fürsorgestellen unter verschiedenen Leitern, dann läßt sich die notwendige Zentralisation der Fürsorge nur dadurch erreichen, daß der aufsichtführenden städtischen Behörde eine Unmenge von Arbeit aufgeladen wird, die bei einheitlicher ärztlicher Aufsicht fehlt. Die Zentralisation ist nur dann aufzuheben, wenn die Arbeit über die Kräfte des einzelnen herausgeht und darunter die Qualität der Leistung leidet.

Daß der Erfolg der ärztlichen Aufsicht davon abhängig ist, daß die Kinder möglichst jung ihr unterstellt werden, bedarf kaum einer Begründung. Den so notwendigen Einfluß auf die Entschließungen der Mutter über Stillen oder Nichtstillen in den ersten Tagen nach der Entbindung müssen wir schon wohl oder übel den besoldeten Pflegerinnen überlassen. Wir werden, wenn die Kinder erst in der 3. Lebenswoche vorgestellt werden, durch unseren Rat die stillende Mutter von dem zu frühzeitigen Abstillen abhalten und sie über die Furcht hinwegbringen können, daß ihre Milchproduktion fürs Kind nicht ausreicht. Das rechtzeitige Eingreifen bei hereditär-syphilitischen Kindern, bei früh- und schwachgeborenen, die der Pflege im Heim oder Krankenhaus bedürfen, bei vielen anderen Erkrankungen, die ich hier nicht anzuführen brauche, ist davon abhängig, daß wir die Kinder bereits frühzeitig sehen. Mit Hilfe der Pflegerinnen habe ich darauf hinzuwirken gesucht, daß es geschieht. Mit welchem Erfolg, ergibt sich aus einer kleinen Zahlenaufstellung. Ich habe in den Karten von 250 in Magdeburg geborenen unehelichen Kindern konstatiert, wann sie zum erstenmal in der Beratungsstunde vorgestellt sind und fand folgendes:

in der 1. Hälfte des 1. Lebensmonates	10
in der 2. Hälfte des 1. Lebensmonates	115
im 2. Monate	84
im 3. Monate	17
im 4. Monate	12
im 5. Monate	2
im 6. Monate	4
noch später	6

Ich habe oben bereits erwähnt, daß trotz aller Bemühungen der städtischen besoldeten Pflegerinnen einzelne Kinder recht spät vorgestellt werden. So finde ich unter den verstorbenen Kindern einen recht großen Prozentsatz von solchen, die im 3., 4., 5. Lebensmonat gestorben sind, ohne je vorgestellt zu sein. Ebenso ist ständig darüber zu klagen, daß viele Kinder so selten in die Beratungsstunde gebracht werden. Doch werden sich gewiß im Laufe der Zeit, je mehr sich die Einrichtung der Säuglingsfürsorge einbürgert, alle diese Mißstände beseitigen und damit die Erfolge bessern lassen.

Viel hängt, wie gesagt, von der Persönlichkeit des Arztes ab. Ich glaube nicht, daß weit verbreitete Unsitten in der Pflege und Ernährung des Säuglings durch Belehrung in kurzer Zeit zu bessern sind, aber daß es gelingt, den alten Hebammenbrauch der zweistündlichen Ernährung in einer Stadt auf eine kleine Zahl nicht zu bekehrender Mütter respektive Großmütter zu beschränken, davon habe ich mich überzeugt. Und ebenso wird es gelingen, der unberechtigten Reklame mancher Nährmittelfabriken wirksam entgegenzutreten.

Ich kann nicht umhin, an dieser Stelle eine dieser Reklamen festzunageln, die, so ungeschickt sie erscheint, doch Schaden genug zu stiften vermag. Ich teile sie im Wortlaut mit:

Sehr geehrte Frau!

Hierdurch erlauben wir uns, Ihre Aufmerksamkeit auf unser seit 40 Jahren mit beispiellosem Erfolg eingeführtes Nestlesches Kindermehl zu lenken und zugleich die höfliche Bitte an Sie zu richten, Ihrem Kinde gleich als Nahrung dasjenige Präparat zu geben, das Ihnen infolge seines langjährigen Bestehens und der in dieser Zeit erlangten Berühmtheit die größte Aussicht bietet, Ihren Liebling gesund und kräftig heranwachsen zu sehen. Sollten Sie selbst noch nicht Gelegenheit gehabt haben, die vorzügliche Wirkung unseres Kindermehles zu beobachten, so sind wir mit Vergnügen bereit, Ihnen eine Probedose davon gratis und franko einzusenden, wodurch Sie sich dann persönlich davon überzeugen können, daß diese Nahrung die einzig richtige ist. Wenn Ihr Liebling schon sprechen könnte, so würde er Ihnen dies gern mit Worten bestätigen; es dürfte Ihnen aber auch ohnedem nicht schwer fallen, aus dem lebhaften und freudigen Gebahren zu ersehen, welches Wohlbehagen ihm diese Speise bereitet, nicht erst zu reden von den Pausbäckchen und den runden und kräftigen Gliederchen, welche sich alsbald einfinden werden.

Wir empfehlen Ihnen, zwischen den verschiedenen Präparaten nicht erst hin und her zu probieren, was bei dem überaus zarten Organismus oft traurige Folgen nach sich zieht, sondern gleich zu unserem altbewährten Kindermehle zu greifen, welches von ärztlichen Autoritäten mit Vorliebe verordnet wird. Das Wohlwollen der Ärzte haben wir vor allen Dingen der natürlichen Zusammensetzung unseres Kindermehles (Rohstoffe nur allererster Qualität, keimfreie, vollrahmige Alpenmilch, Beobachtung der peinlichsten Sauberkeit bei der Fabrikation usw.) zu verdanken.

Indem wir Ihnen zum Schluß noch die eingehende Durchsicht der beigefügten Broschüre, welche von einer kinderärztlichen Autorität[1]) verfaßt ist, recht dringend ans Herz legen, empfehlen wir uns Ihnen

Hochachtungsvoll

Nestles Kindermehl, G. m. b. H.

[1]) Die kinderärztliche Autorität ist ein Dr. med. F. Vidal.

Dieses Reklameunwesen, für das unzählige Beispiele beizubringen sind, sollte alle Ärzte zu gemeinsamem Vorgehen, zu dem Entschluß, derart angepriesene Mittel eo ipso aus der Empfehlung auszuschließen veranlassen. Aber ich glaube, auch die Verwirklichung dieses Wunsches wird noch eine gute Weile auf sich warten lassen.

Es ist nicht damit abgetan, daß man die Mütter vor der Anwendung unzweckmäßiger Nährmittel warnt. Dazu ist manche Reklame viel zu gut auf den Erfolg berechnet. In den Fürsorgesprechstunden habe ich vielen Müttern, die auf Empfehlung von irgendwelcher Seite ihre Kinder mit Schweizermilch ernähren, zwar meine Meinung über diese nicht vorenthalten, sie vor der weiteren Anwendung gewarnt, aber wenn ich sah, daß das nicht ausreichte, sie zu bekehren, habe ich sie nur dringend gebeten, mir das Kind wenigstens regelmäßig in kurzen Zwischenräumen vorzustellen. Kann man dann durch Wägung und durch den unleugbaren Mangel von Fortschritten den Mißerfolg demonstrieren, und zwar nicht nur ihnen, sondern auch den umstehenden Frauen, dann hat man für die gewünschte Belehrung mehr erreicht, als wenn man nur seine Meinung sagt. Ebenso habe ich es oft getan bei frühzeitiger Ernährung mit Vollmilch, wenn anfangs die Schädigungen der Überernährung dem Laien nicht deutlich sind. Dagegen habe ich nie verfehlt, die ganze Corona darauf aufmerksam zu machen, wenn mir z. B. ein Kind, das 3 Wochen lang ausschließlich mit Mehlsuppe oder Haferschleim ernährt ist, im letzten Stadium des Mehlnährschadens vorgestellt wird. Im übrigen wird jeder mir zugeben, daß es in dieser Klientel richtiger ist, die Mutter durch den Mißerfolg zu überzeugen, als sie für Fehler in der Ernährung, die sie aus Mangel an Verständnis begeht, zu schelten. Und ebenso bewährt es sich, der einzelnen Frau nicht gar zu viele Ratschläge auf einmal zu erteilen, die sie nicht in sich aufnehmen kann.

Ich bin so weit auf Einzelheiten eingegangen, um die Tätigkeit des Fürsorgearztes zu kennzeichnen, ich will nicht schließen, ohne noch darauf hinzuweisen, daß die Vorstellung der Kinder in der Sprechstunde noch in einer Beziehung einen nicht zu unterschätzenden erzieherischen Einfluß ausübt, nämlich in der Erziehung zur Sauberkeit. Wer auch immer den Sprechstunden beigewohnt hat, hat mir sein Erstaunen geäußert, wie sauber in Wäsche und Pflege die Kinder zum großen Teil gehalten sind.

Fasse ich nun zum Schlusse die Aufgaben der ärztlichen Beaufsichtigung speziell der Beratungsstunden zusammen, so kann ich aufführen: Belehrung der Mütter und Pflegemütter, Propaganda für das Selbststillen, Vorbeugung von Krankheiten, rechtzeitige Überweisung in ärztliche Behandlung oder in geschlossene Fürsorge und Ausbildung der besoldeten Pflegerinnen. Die letztere halte ich für sehr wichtig, denn die ärztliche Aufsicht wird in der pflegerischen stets ihre Ergänzung finden müssen.

Überwachung durch besoldete Pflegerinnen

Die Beaufsichtigung der gefährdeten Kinder durch Pflegerinnen hat sich in allen Orten, in denen sie eingeführt ist, bewährt und man begegnet

heut wohl kaum mehr einem Widerspruch, wenn man die Forderung aufstellt, daß die Pflegerinnen für ihren Beruf fachmäßig auszubilden und für ihr Amt voll zu besolden sind. Wenn ich dem zustimme, setze ich mich zu der oben (S. 66) ausgesprochenen Anerkennung ehrenamtlicher Betätigung der Frauen in Armenpflege und Fürsorge keineswegs in Widerspruch, sondern vertrete in Übereinstimmung mit den Ausführungen von v. *Hollander* (auf der Lübecker Tagung des deutschen Vereines für Armenpflege und Wohltätigkeit) den Standpunkt: das eine tun und das andere nicht lassen. Wir werden die Hilfe, die sich der Fürsorge in der ehrenamtlichen Tätigkeit bietet, nicht zurückweisen, sondern sie in unsere Fürsorgeorganisation eingliedern. Aber für die ständige Überwachung der gefährdeten Kinder sind beruflich ausgebildete, besoldete Pflegerinnen nicht zu entbehren. Die zweckmäßige Ausbildung für die Dienste in der Armenpflege ist in den letzten Jahren in Deutschland mehrfach erörtert worden, ich verweise auf den Generalbericht *Münsterbergs* auf dem internationalen Kongreß für Armenpflege und Wohltätigkeit in Mailand. Und in diesem Jahre ist auf der Tagung des Deutschen Vereines für Armenpflege und Wohltätigkeit die Frage der „beruflichen und fachlichen Ausbildung in der Armenpflege“ im Anschluß an die Referate von A. Levy (Berlin) und H. v. Frankenberg (Braunschweig) lebhaft diskutiert worden. Zum Schlusse wurden von der Versammlung Leitsätze aufgestellt, von denen ich die beiden ersten anführe:

1. Bei der wichtigen Stellung, welche die Armenpflege im gesamten öffentlichen Leben einzunehmen berufen ist, muß für sämtliche in der Armenpflege tätigen Organe eine gründlichere Vorbildung gefordert werden, als sie zur Zeit möglich ist.

2. Für die *berufliche* Armenpflege ist eine gründliche fachgemäße Vorbildung zu fordern. Für die *ehrenamtliche* Armenpflege ist die *Möglichkeit* einer solchen Vorbildung erforderlich, jedenfalls die Ausbildung und Fortbildung durch Beratung und Belehrung seitens erfahrener Organe unerläßlich.

Den Ausführungen der Referenten und der Diskussion bin ich mit lebhaftem Interesse gefolgt, da die Frage mich in meiner Magdeburger Tätigkeit mehrfach praktisch beschäftigt hat.

Von den 4 besoldeten Pflegerinnen, die für die Überwachung der unehelichen und Ziehkinder von der Stadt angestellt sind, hatten 3 bis zur Zeit ihres Diensteintrittes keinerlei Ausbildung in Krankenpflege oder sonstiger Fürsorge durchgemacht. Ich habe mich darauf beschränkt, sie 3 oder 4 Wochen an dem Schwesterndienst auf der Säuglingsstation teilnehmen zu lassen und sie bei Gelegenheit der ärztlichen Visiten auf dies oder jenes aufmerksam zu machen, habe ihnen für ihre Tätigkeit die notwendigsten Weisungen gegeben, sie im übrigen aber möglichst bald in den praktischen Dienst eingestellt, um dann an der Hand einzelner Fälle meine Belehrung fortzusetzen. Dazu geben die Fürsorgesprechstunden und die daran sich anschließenden Besprechungen die beste Gelegenheit. Ich kann der Tätigkeit der Pflegerinnen meine volle Anerkennung nicht ver-

sagen, sie haben geleistet, was ohne eine fachliche Ausbildung zu leisten möglich ist, aber bei vielen Gelegenheiten habe ich den Mangel der beruflichen Ausbildung bei ihnen wohl empfunden und — was vielleicht noch wichtiger ist — sie selbst haben ihn empfunden.

Es wäre diese Frage nicht so wichtig, wenn der Tätigkeit der Pflegerinnen nicht eine so hervorragende Bedeutung in der Säuglingsfürsorge zukäme. In jedem Teil dieser Arbeit, ob ich nun von geschlossener Fürsorge oder von offener, von Berufsvormundschaft oder Ziehkinderwesen spreche, immer wieder ende ich mit meinen Ausführungen bei der Tätigkeit der Pflegerinnen. In ihren Händen ruht zum größten Teil die praktische Ausübung der Fürsorge, sie sind die ausführenden Organe aller beteiligten Behörden. Sie sind Beraterinnen der Mütter in Pflege und Ernährung des Kindes, bis der Fürsorgearzt mit seiner Belehrung eingreifen kann, sie kontrollieren bei ihren Besuchen im Hause die Befolgung der ärztlichen Anordnungen, sie machen die ersten Erhebungen über die Verhältnisse der unehelichen Mutter im Auftrage des Vormundschaftsgerichtes, sie erfüllen manche der Obliegenheiten des Einzelvormundes und unterstützen so den Berufsvormund in seiner Tätigkeit, sie prüfen die Pflegestellen für die Polizei und haben dauernd Bericht an die Zentrale der kommunalen Fürsorge zu erstatten und von dieser ihre Direktiven zu erhalten. Wir sehen also, wie mannigfache Anforderungen wir an die Pflegerinnen stellen und es ergibt sich wohl, daß als Vorbedingung bestimmte persönliche Eigenschaften und eine gewisse Erfahrung im praktischen Leben gehören. Sie müssen unter Umständen selbständig handeln und dürfen sich nicht scheuen, eventuell eine gewisse Verantwortung zu übernehmen. Von den persönlichen Eigenschaften möchte ich besonderen Wert auf das Taktgefühl legen. Die Pflegerin kommt in manche Situation, aus der sie den richtigen Ausweg suchen muß, durch ungeschicktes Fragen im Hause kann sie eine Familie, unter deren Kindern ein uneheliches, nicht legitimiertes Kind aufwächst, schwer kompromittieren. Die best ausgeklügelte Dienstanweisung kann vor Mißgriffen nicht schützen, wohl aber ist auf die Auswahl geeigneter Persönlichkeiten der größte Wert zu legen.

So gut Krankenschwestern, die in Säuglingspflege ausgebildet sind, geeignet wären, die „ärztlichen" Funktionen der Pflegerinnen zu übernehmen, so wenig halte ich im allgemeinen Schwestern, die lange Zeit ausschließlich im Krankenhause, mehr oder weniger abgeschlossen von der Außenwelt, Dienst getan haben, für geeignet, die mannigfachen übrigen Funktionen auszuüben.

Es gibt Schwestern, die mit unermüdlicher Geduld ein krankes Kind Tag und Nacht pflegen, dabei eine Aufopferung zeigen, die unsere höchste Anerkennung verdient, es gibt andere, die nach den Anordnungen des Arztes ihre Station ohne Tadel führen und ihrer Pflicht vollkommen genügen, aber weder diese noch jene wären imstande, den Betrieb einer Milchküche selbständig zu leiten oder die Pflichten einer Pflegerin im Dienste der Fürsorge voll zu erfüllen. Damit mache ich unserer Schwestern-

ausbildung nicht im geringsten einen Vorwurf, denn sie ist nicht für die offene Fürsorge bestimmt. Dazu gehört, wie gesagt, praktische Erfahrung im Leben, die der Krankenhausschwester zumeist im Laufe der Zeit verloren geht, wenn sie sie, jung wie sie war, zur Zeit ihres Eintrittes in die Schwesternschaft überhaupt besessen hat. Und ferner gehört dazu eine fachliche Ausbildung für die besonderen Aufgaben der offenen Säuglingsfürsorge.

Bei uns in Deutschland fehlen bisher praktische Einrichtungen, um Berufsarbeiter für die Zwecke der Armenpflege und Wohltätigkeit heranzubilden, wie sie das Ausland, besonders Nordamerika, bereits besitzt, fast vollständig. Auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge wird das Kaiserin-Auguste-Victoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche in diese Lücke eintreten, das nach dem besonderen Wunsche seiner hohen Protektorin, Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin neben anderen Aufgaben auch die übernimmt, einen Stamm tüchtiger Kinderpflegerinnen heranzubilden, und zwar nicht nur für den Dienst im Privathaus und in der geschlossenen Säuglingsfürsorge, sondern auch für die offene kommunale Fürsorge. In welcher Weise die besondere Ausbildung dieser Gemeindepflegerinnen stattfinden, wie sie durch fortlaufende Kurse erweitert und vertieft werden soll, darauf brauche ich an dieser Stelle nicht einzugehen. Es ergibt sich zum guten Teil aus dem, was ich über die Pflichten und Aufgaben der Pflegerinnen sage.

Komme ich nunmehr zu den Einzelheiten, so wende ich mich zunächst zu ihren Aufgaben als Helferinnen des Arztes. Sie nehmen teil an den Fürsorgesprechstunden, machen den Arzt auf besonders gute oder schlechte häusliche Pflege aufmerksam und berichten ihm überhaupt über die Ergebnisse ihrer Hausbesuche. Sie hören die speziellen Anweisungen, die der Arzt der Mutter betreffs Ernährung und Pflege ihres Kindes gibt, und haben diese, falls sie von der Mutter nicht genügend verstanden sind, ihr beim häuslichen Besuch zu erklären und praktisch anschaulich zu machen. So sind sie die Vermittlerinnen zwischen Arzt und Mutter.

Schon den ersten Besuch soll die Pflegerin dazu benutzen, wenn notwendig, die erforderlichen Ratschläge über Pflege und Ernährung des Kindes der jungen Mutter zu erteilen. Zu diesem Zweck soll die Pflegerin hierüber gut unterrichtet sein, sie soll die Schwierigkeiten, die sich beim Stillen in der ersten Zeit besonders bei Erstgebärenden einstellen, und ihre Beseitigung kennen. Denn ihr zunächst fällt die Aufgabe zu, in jedem einzelnen Falle ihren ganzen Einfluß und ihre volle Überredungskunst anzuwenden, um die Mutter zum Stillen ihres Kindes zu veranlassen. Dem Arzt wird in der Sprechstunde zumeist das Kind nach vierzehn Tagen oder drei Wochen frühestens vorgestellt, er kann nichts mehr daran ändern, wenn die Mutter aus einem nichtigen Grunde das Kind von Anfang an künstlich ernährt hat. Er wird verhüten, daß die Brustkinder zu frühzeitig wieder abgestillt werden, er kann durch die ständige Belehrung in den Sprechstunden und in Vorträgen die Mütter auf die Vorteile der natürlichen Ernährung und auf ihre Unersetzlichkeit hinweisen, er wird dabei darauf

aufmerksam machen, daß jede Mutter fast ohne Ausnahme ihr Kind wenigstens in den ersten Lebenswochen stillen kann und stillen muß, aber das unmittelbare Eingreifen in den kritischen ersten Lebenstagen bleibt der Pflegerin überlassen.

In einigermaßen gut geleiteten Entbindungsanstalten wird jede Wöchnerin dazu angehalten, ihr Kind zu stillen. In der Außenpflege soll es bei den unehelichen, und soweit es möglich ist, auch bei den ehelichen Kindern der armen Bevölkerungsschichten die Pflegerin zu erreichen suchen. Ich sehe darin eine der wesentlichsten Aufgaben der städtischen Pflegerinnen, es ist dies, den ungünstigen Einfluß, der heute den Hebammen in dieser Beziehung zugeschrieben wird, zu mildern. Auch während meiner hiesigen Tätigkeit habe ich mich überzeugen müssen, daß in sehr vielen Fällen die Hebamme die Schuld trägt, wenn die Mutter ohne genügenden Grund davon absieht, ihr Kind an der Brust zu ernähren. Die Aussichten, daß die Ausbildung der Hebammen auf diese Fragen mehr Rücksicht nimmt als bisher, werden hoffentlich in absehbarer Zeit Erfüllung finden. Bis dies geschehen ist, wird in den ärmeren Familien, vor allem bei den unehelichen Kindern, die besoldete Pflegerin die Rolle übernehmen müssen, die früher ohne weiteres der Hebamme zugefallen ist, nämlich die ersten Ratschläge über die Ernährung und Pflege des neugeborenen Kindes zu geben. Die Hebammen erkennen bereits, daß ihr Einfluß in dieser Beziehung im Abnehmen begriffen ist und suchen sich dagegen zu wehren. So ist mehrfach vorgekommen, daß die Hebamme die Mutter vor der städtischen Pflegerin warnt und daß sie ihr den Rat gibt, deren Besuch nicht zu dulden. Es ist mir dies nur der beste Beweis gewesen, daß die städtischen Pflegerinnen ihre Pflicht erfüllen.

Sobald die Pflegerin von der Erkrankung eines überwachten Kindes erfährt, soll sie die Mutter sofort aufsuchen und sie veranlassen, das Kind in der Fürsorgesprechstunde vorzustellen oder wenn Gefahr im Verzuge ist — und soviel wird die Pflegerin beurteilen lernen — dem Privat- oder Bezirksarzt respektive dem Krankenhause zuzuweisen. Das rechtzeitige Eingreifen ist die Vorbedingung für den Erfolg der Behandlung, darauf habe ich im ersten Teil der Arbeit hingewiesen und ebenso darauf, daß man den Pflegerinnen die besondere Aufsicht über die aus dem Krankenhause entlassenen fürsorgebedürftigen Säuglinge anvertrauen soll. Es handelt sich besonders um die Kinder, die wir versuchsweise aus der geschlossenen in Einzelpflege entlassen, bevor eine vollständige Heilung erreicht ist. Wir haben nicht die Sicherheit in der Hand, daß die weitere Entwicklung des Kindes ohne Störung vorwärtsgehen wird, daß keine Krankheitserscheinungen mehr auftreten werden. Wir teilen der Pflegerin des Bezirkes die Entlassung des Kindes aus dem Krankenhause mit, sie besucht es alle zwei bis drei Tage. Treten keine neuen Krankheitserscheinungen auf, so wird das Kind in der Außenpflege ebensogut, wenn nicht besser gedeihen als in der Spitalspflege; im andern Falle wird es sofort wieder dem Krankenhause überwiesen. Das ist einer der Dienste, die die Pflegerinnen der geschlossenen Säuglingsfürsorge leisten können.

In den verschiedenen Städten sind die Bestimmungen darüber, wie oft die Hausbesuche der Pflegerin stattfinden, wie oft die Kinder dem Arzt in den Fürsorgesprechstunden vorgestellt werden sollen, sehr verschieden. Ich habe den Pflegerinnen empfohlen, nicht nach einem bestimmten Schema zu arbeiten, sondern die Häufigkeit ihrer Besuche nach dem Gesundheitszustand des Kindes und nach der Güte der häuslichen Pflege einzurichten. Es erscheint mir nicht zweckmäßig, generell zu bestimmen, daß Kinder unter einem halben Jahre alle vierzehn Tage, die älteren bis zu einem Jahre alle drei Wochen und später monatlich einmal im Hause kontrolliert werden sollen. Ist ein Säugling in sorgsamer Pflege der Mutter und wird von dieser an der Brust ernährt, so genügt es vollkommen, wenn die Pflegerin in Abständen von fünf oder sechs Wochen die häusliche Pflege kontrolliert. Mancher der häuslichen Besuche kann wegfallen, wenn das Kind in der Zwischenzeit in der Sprechstunde vorgestellt wird. Es hat keinen Zweck, Kinder scharf zu kontrollieren, die ohne jede Kontrolle tadellos gedeihen. Gut gedeihende Brustkinder sind schon in den ersten Lebensmonaten seltener zu kontrollieren als schwächliche, künstlich genährte ältere Kinder. Und wird ein Kind krank, so sind die Hausbesuche alle zwei, drei Tage zu wiederholen, vor allem dann, wenn ein begründetes Mißtrauen gegen die Pflege besteht. Die Pflegerin soll ihren Bezirk so genau kennen, daß sie über den Gesundheitszustand der Kinder jederzeit im großen und ganzen Bescheid weiß, daß sie sagen kann, welche Kinder krank, welche in Gefahr sind. Man muß von dem Pflichtbewußtsein und Verständnis der Pflegerin so viel erwarten, daß sie ihre Zeit und ihre Besuche so verteilt, wie es im Interesse einer vernünftigen Beaufsichtigung notwendig ist. Und die Stadt hat die Anzahl der besoldeten Pflegerinnen so zu bemessen, daß die Beaufsichtigung den verschiedenen Aufgaben entspricht. Wünschenswert ist es, daß die Pflegerin ein Tagebuch führt, in welchem sie alle ihre Hausbesuche einträgt, um über die Ausnutzung ihrer Zeit der Behörde Rechenschaft geben zu können.

Der Dienst jeder Pflegerin erleichtert sich mehr und mehr, je länger sie im Amte ist, je besser sie alle Verhältnisse und Personen kennt. Sie tut gut daran, den ersten Besuch in einer Familie oder bei einem Kinde, das sie noch nicht kennt, möglichst auszunutzen, um sich ein allgemeines Urteil zu bilden und um mit der Mutter überhaupt erst Fühlung zu bekommen, ihr Vertrauen zu gewinnen. Je besser sie sich bei diesem ersten Besuch orientiert hat, um so kürzere Zeit braucht sie auf die folgenden Besuche zu verwenden. Sehr wichtig ist es, daß die Pflegerin jedes neugeborene Kind schon am zweiten oder dritten Lebenstage besucht. Um das zu ermöglichen, erhält die Armendirektion respektive Berufsvormundschaft Meldung über uneheliche Geburten von den Standesämtern. Die Meldung wird sofort an die Pflegerin des Bezirkes weiter gegeben.

Dieser erste Besuch bei dem neugeborenen Kinde respektive bei der Mutter dient, abgesehen von der Propaganda fürs Stillen — und damit

konnte ich von den mehr ärztlich-hygienischen zu den sozialen Aufgaben der Pflegerinnen — dazu, einen Bericht an das Vormundschaftsgericht nach folgendem Schema abzufassen:

a) Wo befindet sich umstehend bezeichnetes Kind in Pflege?
b) Wer ist der Erzeuger dieses Kindes? (Genaue Adresse desselben ist anzugeben.)
c) Wie alt ist derselbe? Wann und wo geboren? (Falls unter 21 Jahren: wer ist sein gesetzlicher Vertreter, Vater, Vormund, Mutter?)
d) Soll derselbe über Anerkennung der Vaterschaft und Zahlung von Alimenten gerichtlich vernommen werden?
e) Wieviel Alimente werden monatlich verlangt?
f) Wer wird als Vormund vorgeschlagen?
g) Will der Vater der außerehelichen Mutter Vormund werden? Falls nicht, ist dessen schriftliche Vermohtleistung beizubringen.
h) Will die Mündelmutter, falls sie volljährig ist, d. h. über 21 Jahre alt, selbst Vormünderin werden?
i) Wenn zweites Kind: wo befindet sich das erste?

Bei dieser Gelegenheit erfährt die Pflegerin, welche Mittel der Mutter zur Verfügung stehen, kann ihr, falls diese fehlen, Rat erteilen, wie sie entweder Aufnahme im Heim respektive als Amme im Krankenhause (mit Kind) oder Unterstützung der Armenpflege nachzusuchen hat. Soll der Berufsvormund die Vormundschaft übernehmen — auch darauf hat die Pflegerin Einfluß —, so wird sie diesem schon am nächsten Morgen mündlichen Bericht über die wirtschaftlichen Verhältnisse seines künftigen Mündels erstatten.

Zum Schlusse komme ich zu der Tätigkeit der Pflegerinnen im Dienste der Ziehkinderkontrolle.

Sobald sie erst einmal Jahr und Tag im Dienst sind, kennen sie fast sämtliche Pflegefrauen persönlich, ebenso einen großen Teil der unehelichen Mütter, und es fällt kaum einer der Familien ein, der Pflegerin die Kontrolle zu erschweren, da sie sich längst davon überzeugt haben, daß dieselbe nur im Interesse der Kinder tätig ist. Die Pflegerin erfährt bei den Hausbesuchen, daß in dieser Familie ein fremdes Kind in Pflege genommen, daß in jener ein uneheliches Kind von auswärts zugezogen ist, und sie wird sofort Gelegenheit nehmen, sich von der Wahrheit der Angabe zu überzeugen. Auf diese Weise werden wir viel schneller von den Tatsachen unterrichtet, als auf dem offiziellen Wege durch die amtliche Benachrichtigung. Die Pflegerinnen können selbstverständlich die Pflegestellen bei einiger Übung und bei Kenntnis der Anforderungen, die in der heimischen Stadt gestellt werden, viel besser beurteilen, als die Organe der Polizei. Sie vermitteln sehr häufig Pflegestellen, bald im Auftrage der einen, bald in dem der andern Partei: Die uneheliche Mutter wendet sich an die Pflegerin, um für ihr Kind eine gute Pflegestelle, und die Pflegefrau, um ein neues Pflegekind zu erhalten. Die Pflegerinnen können die guten Pflegefrauen für Prämiierung durch die Gemeinde-

waisenpflege vorschlagen und haben andrerseits eine schwarze Liste über die schlechten Pflegefrauen zu führen.

Ich brauche auf diese Verhältnisse nicht weiter einzugehen, da sie noch in den Ausführungen von Herrn Stadtrat Lindemann Berücksichtigung finden. Nur eine Teilfrage der Ziehkinderkontrolle bliebe noch zu erörtern, die Bedeutung städtischer Säuglingsasyle (im Sinne Finkelsteins).

Ich verweise hier nur auf die Organisation der Berliner Waisenkostpflege und auf die Arbeiten von Finkelstein, zumal ich seine reiche Erfahrung auf diesem Gebiete bei dem Mangel einer entsprechenden Einrichtung in Magdeburg nicht einmal zu ergänzen vermöchte. Das System, das in der Form, wie es in Berlin ausgebildet ist, ausgezeichnete Erfolge erzielt, hat sich im Ausland bereits bewährt. In Frankreich mußte vor Unterbringung in Familienversorgung die Aufnahme ins Hospiz erfolgen, die Neuorganisation des Findelhauswesens, wie sie in Graz eingeführt ist, beruht auf demselben Grundsatz; am weitesten ausgebaut ist das System in der musterhaften staatlichen Fürsorge für die gefährdeten Säuglinge in Ungarn.

Die Funktionen des Waisenasyls werden bei uns, soweit notwendig, von der Säuglingsstation des Krankenhauses erfüllt. Nur bei der Entlassung von Säuglingen, die auf Kosten der städtischen Armenpflege untergebracht werden sollen, habe ich den Mangel empfunden, weil ich die Kinder nicht direkt in Einzelpflege entlassen darf, sondern gezwungen bin, sie dem Asyl der Armen- und Arbeitsanstalt zu überweisen, dessen Einrichtungen keineswegs den Anforderungen entsprechen.

Berufsvormundschaft.

In der Ausgestaltung moderner Säuglingsfürsorge spielt die Berufsvormundschaft eine wichtige Rolle. Immer lebhafter werden Zweifel ausgesprochen, ob die Berufung von Vormündern in der bisherigen Weise ihren Zweck noch in vollem Maße erfüllen könne, da die durch die Vormundschaftsgerichte berufenen Vormünder meist gar nicht in der Lage seien, in wirksamer Weise die Interessen der Mündel wahrzunehmen. Am deutlichsten tritt dies bei den verschiedenen Gruppen von Kindern zutage, die als besonders gefährdet anzusehen sind und daher eines weitergehenden Schutzes durch die öffentliche Fürsorge bedürfen.

Gegenüber der bisher bestehenden Einzelvormundschaft sind in den letzten Jahren in Deutschland Versuche mit der sogenannten Berufsvormundschaft gemacht worden, bei der es sich darum handelt, daß entweder eine bestimmte Behörde oder eine amtliche Persönlichkeit die Vormundschaft über eine ganze Gruppe von Mündeln übernimmt oder daß eine einzelne Persönlichkeit durch immer wiederholte Bestellung als Vormund tatsächlich ebenfalls Vormund für eine größere Gruppe von Mündeln wird.

Wer sich für diese Fragen interessiert, der findet alles Material in den Arbeiten von Klumker und seinen Schülern und in den aus-

gezeichneten Berichten von Klumker und Petersen über die „Entstehung der Berufsvormundschaft und den heutigen Rechtszustand“ und über die „Berufsvormundschaft in der Praxis“ auf der diesjährigen Tagung des Deutschen Vereines für Armenpflege und Wohltätigkeit. Professor Klumker, der Leiter der Frankfurter Zentrale für private Fürsorge, hat bereits in seinen früheren Arbeiten den Inhalt der Berufsvormundschaft mit folgenden Aufgaben bezeichnet: Rechtsvertretung des Mündels, pflegerische Versorgung und Berufsausbildung im höheren Lebensalter. Auf die letztere legt er besonderen Wert, gestützt auf die Arbeiten seines Mitarbeiters Spann, der durch umfassende Untersuchungen über die uneheliche Bevölkerung in Frankfurt a. M. den Nachweis erbracht hat, daß der Mangel des gelernten Berufes bei den Unehelichen die Hauptursache der hohen Kriminalität ist. Dementsprechend will Klumker auch die Berufsvormundschaft bis zum Eintritte der Großjährigkeit des Mündels ausgedehnt wissen.

Mit seiner Auffassung stellt er sich auf den Standpunkt des alten französischen Rechtes, das in der Berufsvormundschaft die eigentliche Rechtsform der öffentlichen Kinderfürsorge, die innerlich begründete Vereinigung aller Schutzfunktionen des Staates für die seiner Fürsorge dauernd bedürftigen Kinder sah.

Alle Einwendungen, die sich gegen die Berufsvormundschaft und zugunsten der Einzelvormundschaft geltend machen lassen und die auch von berufenen Kennern des Vormundschaftswesens geltend gemacht werden, richten sich im wesentlichen gegen die weite Ausdehnung der Aufgaben und Befugnisse der Berufsvormundschaft. Wenn die Beaufsichtigung der Pflegekinder durch Ärzte und geschulte Pflegerinnen die Unterlage der Leipziger Vormundschaft gewesen ist, dann ist dies ein Beweis, daß die Berufsvormundschaft einer Ergänzung bedarf: Die Pflegerinnen vertreten in gewissem Sinne die Einzelvormünder unter Leitung des Berufsvormundes und so sind die Mängel, die der Berufsvormundschaft anhaften, beseitigt.

Erwägungen ähnlicher Art waren es, welche die hiesige Armendirektion in Übereinstimmung mit dem Vormundschaftsgerichte bestimmten, den Wirkungskreis der Berufsvormundschaft nach Umfang und Dauer zu beschränken. Die Magdeburger Berufsvormundschaft ist eine „amtliche Sammelvormundschaft“. Vom 1. Juni 1906 an wurde zunächst versuchsweise, dann dauernd ein Beamter der Armenverwaltung zum Vormunde für alle unehelichen Kinder bestellt, für welche nicht der Großvater oder die Mutter des Mündels die Vormundschaft ausdrücklich zu übernehmen wünscht. Er tritt auch bei ehelichen Kindern als Vormund beziehungsweise Pfleger ein, wenn dies zur energischen Wahrnehmung der Rechte des Kindes notwendig erscheint.

Die Tätigkeit des Berufsvormundes beschränkt sich bei uns im wesentlichen auf die Rechtsvertretung des Mündels, auf die Regelung der Alimentierung. Vorläufig ist die Bestimmung getroffen, daß der Berufsvormund in der Regel im Amte bleiben soll, bis das Mündel das 6. Lebensjahr vollendet hat; doch wird dies in allernächster Zeit dahin abge-

ändert werden, daß die Berufsvormundschaft in der Regel schon mit der Vollendung des 2. Lebensjahres abschließt. Es stimmt dies mit der Ausführung Klumkers überein, daß eine Berufsvormundschaft, die nur zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen der Mündel geschaffen ist, beendet werden muß, sobald diese gesichert sind. Die obige Bestimmung erhält noch den Zusatz, daß der Berufsvormund mit Vollmacht des Einzelvormundes auch nach dem 2. Lebensjahre sofort wieder die Rechtsvertretung seines ehemaligen Mündels übernimmt, wenn von neuem die vermögensrechtlichen Interessen des Mündels gefährdet sind. Diese Anordnung wird vor allem den Erfolg haben, daß Persönlichkeiten, die sich bisher gerade wegen der Verantwortung, die die Rechtsvertretung des Mündels ihnen auferlegt, scheuten, Vormundschaften zu übernehmen, die aber im übrigen für die Funktionen geeignet sind, nunmehr in größerer Zahl bereit finden werden, Einzelvormundschaften zu übernehmen. Mit der Ernennung des Einzelvormundes treten auch an Stelle der besoldeten Pflegerinnen, die der Säuglingsfürsorge ihre volle Aufmerksamkeit und Arbeit widmen sollen, die ehrenamtlichen Waisenpflegerinnen.

Daß die Tätigkeit des Berufsvormundes in Magdeburg im wesentlichen auf die Rechtsvertretung des Mündels beschränkt wird, hat seine volle Berechtigung dadurch, daß hier die Berufsvormundschaft nur ein Teil der städtischen Fürsorge ist, die in weitem Umfange die pflegerische Versorgung der schutzbedürftigen Säuglinge übernimmt. Der Bureaukratismus, der von vielen Seiten für die Berufsvormundschaft gefürchtet wird, wird sich am leichtesten vermeiden lassen, wenn der Berufsvormund als Mitglied einer größeren Organisation und in ständiger Verbindung mit Arzt und Pflegerinnen arbeitet. Im übrigen spielt auch da wieder die Persönlichkeit des Berufsvormundes respektive des Leiters der Fürsorgezentrale die größte Rolle. Denn die Macht der Persönlichkeit ist die Seele jedes Systems.

Die Erfolge der Berufsvormundschaft bezüglich Sicherstellung der wirtschaftlichen Verhältnisse der Mündel gehen aus umstehender Tabelle hervor.

Sie zeigen sich weiter darin, daß viele Einzelvormünder in zweifelhaften Fällen sich um Rat an den Berufsvormund wenden und daß viele Mütter, deren Kinder durch sie selbst oder durch andere Personen bevormundet werden, ihn aufsuchen, weil infolge von Mangel an Kenntnis und Energie bis dahin für die Interessen des Kindes so gut wie nichts geschehen ist. Der Berufsvormund hebt in seinem Berichte hervor, daß gerade durch die Übernahme derartiger Vormundschaften die besten Erfolge erzielt sind. Weiter spricht ohne weiteres für die Berufsvormundschaft die Tatsache, daß kaum eine Einrichtung der Säuglingsfürsorge so schnell und so allseitig Anerkennung in Laienkreisen gefunden hat wie die Berufsvormundschaft, obgleich doch auch sie der Gemeinde durch Anstellung der dazu erforderlichen Beamten Kosten verursacht. Ein großer Vorzug der Berufsvormundschaft ist auch der, daß sie durch den organisierten Nachrichtendienst schneller und zuverlässiger über die Verhältnisse der

	Uneheliche Geburten	Zugang		Sa. Zugang	Abgang durch				Sa. Abgang	Bestand	Eingeleitete Klagen		Urteil		Selbst wahrgenommene Termine	Zwangsvollstreckungen		Antrag auf Leistung des Offenbarungseides	Ausbürgerung aus § 361 ⁸ R.-Str.-G.	Antrag auf Bestrafung aus § 361 ¹⁰ R.-Str.-G.	Eingegangene Beträge	
		ehelich	unehelich		Tod	Legitimation	Verzicht	sonst. Abgang			lies	schwebt	gewonnen	abgewiesen		Lohnarrest	Pfändung				Mk.	Pf.
Bestand am 31. Mai 1907	788	30	441	471	60	22	2	2	95	570	72	45	74	7	160	45	31	20	2	2	6009	—
Zugang bis 30. Sept. 1907	257	16	184	200	62	8	9		79	121	31	23	37	4	100	29	17	16		—	4594	75
Stand am 1. Okt. 1907	1045	46	625	671	181	30	11	2	174	497	101	88	115*	11	240	74	48	38	2	2	10594	75**

*) 42 eingeleiteten Klagen schweben. — **) Auf Sparkasse 5161 Mk. 16 Pf.

Mündel orientiert wird und infolgedessen viel früher in der Lage ist, die Rechtsansprüche des Mündels wahrzunehmen. Ich habe wiederholt schon darauf hingewiesen, daß die Lage der gefährdeten Kinder in den ersten Lebenswochen und Lebensmonaten besonderen Schutz und häufig schleunige Hilfe erfordert.

Dann ist nicht zum mindesten der Berufsvormundschaft zu verdanken, daß in Magdeburg als Mindestsatz für die Zahlung von Unterhaltsgeldern der Betrag von 45 Mark vierteljährlich festgesetzt worden und daß das Amtsgericht vielfach noch über diesen Satz herausgegangen ist.

Ich habe bisher von den Vorteilen gesprochen, die die Berufsvormundschaft den Mündeln und damit den Müttern gewährt, aber sie hat auch die Bestimmung, die öffentliche Fürsorge für die gefährdeten Kinder zu stärken. Und hier sind ihr, wenigstens solange die uneheliche Mutter des Mündels am Leben ist, durch die gesetzlichen Bestimmungen über die Rechte der Mutter Grenzen gesetzt, die vielfach das Eingreifen der Fürsorge hemmen, wo der Schutz vielleicht am allernotwendigsten ist. Es handelt sich um den Schutz der Kinder gegen Entschließungen der eigenen Mutter. Diese hat das Recht und die Pflicht der Sorge für die Person des Kindes und dazu gehört die Bestimmung des Aufenthaltes. Sobald die Armenpflege einen Zuschuß zum Unterhalte des Kindes gibt, hat sie tatsächlich einen entscheidenden Einfluß auf die Auswahl der Pflegestelle. Und in dieser Beziehung bedeuten die Vorschläge von Herrn Stadtrat L i n d e m a n n betreffs Ausdehnung der Armenunterstützung für uneheliche Kinder einen wesentlichen Fortschritt.

Erhält aber die Mutter keine Armenunterstützung und ist das Kind in Pflege der mütterlichen Familie, so fehlt auch dem Berufsvormund, selbst wenn er begründete Zweifel hegt, ob das Kind in dieser Pflege nicht gesundheitlich geschädigt wird, das Recht, Einspruch zu erheben, es sei denn, daß triftige Gründe das Vormundschaftsgericht zu leider meist verspätetem Einschreiten bestimmen.

Die Frage spielt für die erfolgreiche Ausübung der ärztlichen Aufsicht eine Rolle. Ich sehe in der Fürsorgesprechstunde ein Kind, das besonders schlecht gepflegt erscheint, und die Pflegerin meldet mir, daß niemand in der mütterlichen Familie sich um das Kind kümmert, doch ist der Nachweis, daß eine Verwahrlosung vorliegt, oft schwer zu führen. Oder mir wird ein frühgeborenes Kind mit einer Ernährungsstörung vorgestellt, von dem ich nach bestem Wissen mit Sicherheit voraussagen kann, daß es in der häuslichen Pflege und bei künstlicher Ernährung kaum noch die nächsten Tage überleben wird. Ich rate der Mutter, das Kind ins Krankenhaus zu geben, dort könne es mit Frauenmilch ernährt werden und alle notwendige Pflege erhalten, draußen werde es sterben. Aber die Mutter weigert sich, das Kind in Spitalpflege zu geben. Derartige Fälle kommen sehr häufig vor, in der Regel habe ich mich an den Berufsvormund gewendet, wenn es sein Mündel ist, mit der Bitte, mich in meinen Bemühungen zu unterstützen. Aber auch seine Befugnisse gehen über die Möglichkeit nicht hinaus, durch Zureden in Güte oder

allenfalls durch Androhung gerichtlicher Schwierigkeiten die Mutter umzustimmen.

Hier liegt die Grenze der öffentlichen Fürsorge: sie kann nur Hilfe bringen, wo Hilfe gesucht wird. Aus der Zahl der Kinder, an deren Leben keiner der Angehörigen Interesse hat, die im Gegenteil für die Familie nur eine Last sind, werden auch in Zukunft trotz aller Fürsorgeeinrichtungen viele zugrunde gehen, die gerettet werden könnten.

Statistik der unehelichen und Ziehkinder.

Mancher, der die Neuorganisation der Säuglingsfürsorge, wie sie jetzt in Magdeburg geschaffen ist, studiert, wird Anstoß daran nehmen, daß die Vergünstigungen der kommunalen Fürsorge mit Ausnahme der „Stillprämien" im wesentlichen den unehelichen und den Ziehkindern zugute kommen werden. Es geschieht dies, wie auch Herr Stadtrat Lindemann begründet, einmal aus dem Grunde, weil diese Kinder am meisten gefährdet sind, sodann aber auch deswegen, weil es dringend notwendig ist, bei der Unsicherheit, die heute noch über die Erfolge der verschiedenen Maßnahmen der Fürsorge herrscht, die Zweckmäßigkeit der einzelnen Einrichtungen an einem ganz bestimmten und begrenzten Material von Kindern zu prüfen. Um dies zu ermöglichen und vorzubereiten, führe ich seit fast 3 Jahren einen Kataster der in Magdeburg unehelich geborenen Kinder nach folgendem Schema:

geboren am: .

Zu- und Vorname: ______________________

Name der Mutter:
Geburtstag event. Alter nach Jahren der Mutter:
Wohnung der Kindesmutter:
Seit wann ist die Mutter verheiratet:
mit dem Vater des Kindes?
anderweitig?
seit wann Witwe?
Wievieltes Kind?
Von den älteren Geschwistern leben , sind gestorben.
Wann ist das Kind legitimiert?
Wann ist es nach auswärts verzogen?
Gestorben am:
In welcher Anstalt geboren?
Ist das Kind über 1 Jahr alt geworden?
„ „ „ „ 2 Jahre alt „
Wie lange an der Brust?
Wie lange Nahrung aus der Milchküche?
„ „ „ von der Molkerei:
Von — bis in der Krankenanstalt?
Ist es regelmäßig ärztlich vorgestellt?
Wer ist Vormund? Mutter, Großvater, andere, Berufsvormund.
Wo und seit wann ist das Kind untergebracht:
bei der Mutter?
bei Verwandten?
bei Fremden?

Werden Alimente gezahlt:
seit wann?
wie hoch?
regelmäßig?
Erhält die Mutter Armenunterstützung:
seit wann? bis wann?

Diese Formulare fülle ich fortlaufend aus und halte dies für jede derartige Statistik für unbedingt notwendig, weil das nachträgliche Nachfragen nach Vorgängen der Vergangenheit unbedingt große Unsicherheiten und Ungenauigkeiten bedingt. Ich habe oft genug konstatiert, daß die Mutter 4, 6 Monate, nachdem sie ihr Kind abgestillt hat, nicht mehr genau anzugeben vermag, wie lange sie gestillt hat. Ihre Angaben stehen dann in Widerspruch mit denen, die sie selbst mir zurzeit gemacht hat und die ich in meine ärztlichen Kontrollkarten in den Fürsorgesprechstunden eingetragen habe.

Der von mir angelegte Kataster, der hoffentlich auch weiter geführt werden wird, der mit Hilfe des ganzen amtlichen Materials, mit Hilfe der Armendirektion, des Berufsvormundes, der Pflegerinnen, der Standesämter nach Möglichkeit richtiggestellt ist, gewährt auch den Vorteil, daß die Eintragungen bereits zu einer Zeit begonnen haben, wo nur wenige der jetzt bestehenden Fürsorgeeinrichtungen vorhanden waren. Wir haben so für alle weiteren Forschungen das notwendige Vergleichsmaterial. An der Hand dieser umfangreichen Erhebungen wird es in absehbarer Zeit möglich sein, die Erfolge der einzelnen Maßnahmen, der ärztlichen und der sozialen, ihren Einfluß auf die Ernährungs- und Sterblichkeitsverhältnisse der Säuglinge sowie den Einfluß der sozialen auf die ärztlichen Maßnahmen zu prüfen. Wir werden z. B. sehen, welchen Einfluß die Beratungsstunden allein oder zusammen mit den Stillprämien auf die Zunahme des Selbststillens, die Berufsvormundschaft auf die Regelung der Alimentierung, diese wieder auf die Sterblichkeit gehabt hat usw. Ich hoffe, daß wir damit allen beteiligten Behörden, insbesondere den kommunalen Verwaltungen, wertvolles Material schaffen, das wohl als Grundlage für weitere Maßnahmen dienen kann.

Literatur über Säuglingsfürsorge aus den letzten sechs Jahren.

I. Allgemeines.

Baginsky A., Die Aufgaben der vaterländischen Frauenvereine im Dienste der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. (Berlin, 1906.)

Behrens und Schiller, Die Säuglingsfürsorge in Karlsruhe. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge. Bd. I, H. 6.

Biedert, Die Versuchsanstalt für Ernährung, eine wissenschaftliche, staatliche und humanitäre Notwendigkeit. (Berliner klin. Wochenschr. 1905. Nr. 51.)

Biedert Ph., Die Musteranstalt für Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, die klinische Beobachtung und die historische Betrachtung. (Arch. f. Kinderheilk. 1906. Bd. XLIII, S. 179, und Bd. XLIV, S. 254.)

Bonnard, Voeu relatif à la surveillance et à la protection de la santé des enfants du premier âge. (La Pédiatrie pratique 1. Febr. 1904.)

Brehmer C., Der Einfluß der natürlichen und künstlichen Ernährung auf die Säuglingssterblichkeit und deren Bekämpfung durch Säuglingsmilchküche und Säuglingsheim. (Vortrag im Gewerbeverein zu Erfurt am 11. März 1907.) (Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge. Bd. I, Nr. 5.)

Brugger, Finkelstein und Baum M., Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. (Schriften des Deutschen Vereines für Armenpflege und Wohltätigkeit. Duncker & Humblot. Leipzig, 1905. H. 74.)

Budin P., Des moyens de combattre la mortalité. (Rev. philanthrop. Bd. X, S. 257.) Allaitement et hygiène du nourrisson. (L'obstétrique. 1906. Bd. XI, S. 1.)

— Mesures d'assistance prises ou à prendre dans les différents pays contre la mortalité infantile. (Paris, 1906. Rev. philanthrop. Bd. XIX, S. 325.)

Camerer, Säuglingsernährung in Arbeiterkreisen. (Sitzung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde auf der 77. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Meran 1905.)

Carrière G., La mortalité infantile. Les causes. Les moyens de la combattre. (Gaz. des hôp. 1905. Bd. 58, S. 1263, und Bull. de l'univers. de Lille. Bd. VI, S. 37.)

Cheynes Al., La protection de l'enfance à Toulouse. (Thèse de Toulouse. 1902.)

Clanahan Mc., The care of infants in public institutions. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. 18. November 1905.)

Concetti L., Les oeuvres philanthropiques en Italie pour la protection de l'allaitement. (Paris, 1906. Clinique infant. Bd. IV, S. 393.)

Cormier, Quelques notes sur la mortalité excessive des enfants dans la ville de Montréal et sur l'étude de certains moyens à prendre pour y remédier. (L'Union méd. du Canada, Januar 1903.)

Delcourt A., Protection de l'enfance. Autour du congrès de pédiatrie de Rouen. (La Pathologie infantile. 1904. Bd. I, Nr. 5.)

Deutsch Ernst, Spitäler und Ordinationsanstalten für Säuglinge. (Magyar orvosi lapja. 1902. Nr. 2.)

Dixon Th., Some social factors in the causation of infantile mortality. (The Lancet. 23. July 1906. Nr. 4325. Bd. CLXXI, S. 182.)

Ebert Max, Ein Beitrag zur Bekämpfung der großen Säuglingssterblichkeit. (Jahrb. f. Kinderheilk. 1905. Bd. LXI, S. 561.)

Engel, Grundfragen des Kinderschutzes. (Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. 1905. H. 3.)
Eyser, Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit und die Tätigkeit der Hebammen. (Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspfl. Jahrg. 1907. Bd. XXVI, S. 103.)
Eustache G., La puériculture, hygiène et assistance. (Paris, 1903. J. B. Baillière et fils.)
Fauquet, La protection légale des femmes avant et après l'accouchement. (Paris, 1903. Alcan.)
Fischer H., Hygiène de l'enfance. Puériculture. (Paris, 1903. Charles.)
Flambart A., La femme enceinte dans la société moderne, ce qui a été fait à Paris par l'État, la Municipalité et l'initiative privée en faveur des mères privées de ressources et de leurs enfants. (Thèse de Paris 1903.)
Flesch H. und Schlossberger A., Die Verbreitung der natürlichen Säuglingsernährung in Budapest. (Arch. f. Kinderheilk. 1907. Bd. XLVI, S. 96.)
Floras, Der Kinderschutz in Konstantinopel. (Deutsche med. Wochenschr. Bd. XXVIII, S. 111.)
Freeman, The reduction in the infant mortality in the city of New York etc. (Medical News, 5. September 1903.)
Friedjung J. K., Säuglingssterblichkeit und Wohnungsfrage. (Arch. f. Kinderheilk. 1906. Bd. XLV, S. 78.)
— Einige Vorschläge zur Einschränkung der Säuglingssterblichkeit. (Wien. klin. Wochenschr. 1903. Nr. 28.)
Fulton G. C. H., Infant mortality, its causes and prevention. (Brit. med. Journ. 3. Dezember 1904, S. 1513.)
Galli G., Über Kindersterblichkeit in Neapel und Mittel zur Bekämpfung derselben. (Sektion Neapel der italienischen Gesellschaft f. Kinderheilk. Sitzung vom 20. Dezember 1902.)
Gehrke W., Berichtigungen zur „Säuglingsernährung und Säuglingssterblichkeit in Bromberg" von Dr. Boehm. (Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspfl. 1907. Bd. XXVI, S. 124.)
Groth, Die wahrscheinliche Ausdehnung der natürlichen und künstlichen Ernährung in München und ihr Einfluß auf die Säuglingssterblichkeit. Münchn. med. Wochenschr. 1904. Nr. 21, S. 924.)
Groth A. und Hahn M., Zur Methodik statistischer Erhebungen über Säuglingsernährung. (Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspfl. Bd. XXV, S. 234.)
Guinon, Société maternelle parisienne „La Pouponnière". (La Revue philanthropique. 10. Mai 1904.)
— Ligue nationale belge pour la protection de l'enfance du premier âge. (La Revue philanthropique. 10. Mai 1904.)
Gundobin N., Über die Kindersterblichkeit in Rußland und die Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung. (Lit. med. Journal von Dr. Ob. Petersburg, 1906.)
Hajech C., Provvedimenti d'assistenza presi o da prendere nei diversi paesi contro la mortalità infantile. (IV. Congr. assist. pubbl. e privata. Tipografia degli Operai. Milano, 1906.)
Harrington, Infantile mortality and its principal cause — dirty milk. (Amer. Journ. of the Med. Sciences. December 1903.)
Haushalter P., Les oeuvres de protection de la première enfance à Nancy. (Annal. de méd. et chir. infant. 1902. Nr. 6.)
Herique M., La consultation de nourrissons dans les oeuvres d'assistance de la première enfance; en particulier à l'oeuvre du Bon lait de Nancy. (Thèse de Nancy. 1906.)
Horand, Contribution à l'étude de la protection de l'enfance à Lyon, relativement à la lutte contre la mortalité infantile. (Bull. méd. administr. du dispensaire gén. de Lyon 1903. Bd. XIV, S. 95.)
Howarth, L'influence du mode d'allaitement sur la mortalité infantile dans une ville d'Angleterre de 115.000 habitants. (La Clinique infantile 7. September 1905.)
Hutzler, Säuglingssterblichkeit und Hebammen. (Gesellschaft für Kinderheilkunde auf der 72. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Meran. 1905, und Deut. klin. Wochenschr. 1905. Nr. 50 und 51.)

Johannessen Axel, Dödeligheden af börn under 1 år i Norge. (Christiania Videnskabsselskabs Skrifter.) (Mathematisk-naturwidenskabelig Klasse. 1902. Nr. 4, und Vortrag in der medizinischen Gesellschaft in Christiania. 9. April 1902. Forhandlinger i det medicinske Selskab i Kristiania, 1902. 66.)
Jonkers E. J., Beschouwingen over de oorzaken der groote Kindersterfte, meer speciaal in het 1e levensjaar en de middelen, die tot verbetering daarvan kunnen leiden. Met statistische overzichten van de huwelijken, de geboorten en de sterfte in Nederland van 1840—1900. (Groningen. 1903. P. Noordhoff.)
— Iets over Kindervoeding en Kindersterfte, meer speciaal in het 1e levensjaar met statistisch overzicht van de geboorten en de sterfte over de laatste 25 jaren. (Groningen, P. Noordhoff.)
Keller A., Die praktische Durchführung der Säuglingsfürsorge. (Dt. Krankenpflege. Jahrg. II. 1902/03. S. 1102.)
— Säuglingssterblichkeit und Säuglingsfürsorge. (Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspfl. Bd. XXII, S. 177.)
Kelynack, Infant life protection. (Med. Press and Circ. Bd. CXXV, S. 596.
Krautwig P., Über Säuglingssterblichkeit und ihre Herabminderung mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse der Stadt Köln. (Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspfl. Bd. XXI, H. 3 und 4.)
Kriege und Seutemann, Ernährungsverhältnisse und Sterblichkeit der Säuglinge in Barmen. (Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspfl. 1906. Bd. XXV, S. 6.)
Ledé, La mortalité infantile dans ses rapports avec l'industrie nourricière. (Le Bull. méd. 2. Mai 1906.)
Lévai D., Die Kinderschutzaktion in Ungarn. (Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge. Bd. I, H. 4.)
Lévai O., Kinderspitäler und Verfügungen bezüglich des Kinderschutzes im Auslande. (Gyermekvédő. Nr. 3.)
Levesque G. E., La protection de la première enfance dans les cités industrielles. Les crèches industrielles. Étude d'hygiène sociale. (Thèse de Lille. 1906.)
Lévy, La protection de l'enfance par l'initiative privée. Paris, 1902. A. Pedone.)
Levy A. und Frankenberg H., v., Die berufliche und fachliche Ausbildung in der Armenpflege. (Schriften des Deutschen Vereines für Armenpflege und Wohltätigkeit. H. 79. Leipzig, 1907. Duncker & Humblot.
Lindheim, v., Eingabe betreffs Ergänzung der Statistik über die Ernährung und Sterblichkeit der Säuglinge in Österreich. (Monatschr. f. Kinderheilk. Bd. V, Nr. 9. 1906. S. 474.)
Lindheim A., v., Saluti juventutis. Der Zusammenhang körperlicher und geistiger Entwicklung in den ersten zwanzig Lebensjahren des Menschen. Wien, 1908. F. Deuticke.
Lust E., Mesures d'assistance prises ou à prendre dans les différents pays contre la mortalité infantile. Rapport présenté au IV. Congrès international de l'assistance publique et privée. (Mailand 23. bis 27. Mai 1906.)
— Contribution à la puériculture. (Annal. de méd. et chir. inf. 1903. Nr. 22, und Presse méd. belge. 1903. Bd. LV, S. 177.)
— Consultations de nourrissons et cliniques infantiles. (Annales de la Société médico-chirurgicale de Brabant. 1903. Nr. 2.)
Meinert E., Säuglingssterblichkeit und Wohnungsfrage. (Arch. f. Kinderheilk. 1906. Bd. XLIV, S. 129.)
Michaelis H., Die Kindersterblichkeit im allgemeinen und über die Gründe des Nichtstillens, geprüft an der Berliner Arbeiterbevölkerung. (J. D. Leipzig, 1906.)
Moll-Weiß A. Mme., A propos de puériculture. L'école des mères. (Rev. d'hyg. et de méd. inf. I., S. 428.)
— Les mères de demain. L'éducation de la jeune fille d'après sa physiologie. (Paris. Vigot frères.)
Möllhausen W., Beiträge zur Frage der Säuglingssterblichkeit und ihren Einfluss auf die Wertigkeit der Überlebenden. (Arch. f. Kinderheilk. 1906. Bd. XLIII, S. 327.)
Mya G., Cause e rimedi dell'alta mortalità infantile. Discorso inaugurale. Firenze. 1906. Tipografia Galletti e Cocci.

Nigris Guido, Über das Stillen und die Ursachen des Nichtstillens. (Wiener klin. Wochenschr. 1905, Nr. 18.)

Nigris G., dr., Statistische Angaben über mütterliche und künstliche Ernährung. Ursachen letzterer. (V. Kongreß der italienischen Gesellschaft für Kinderheilkunde.)

Neumann Hugo, Die Fürsorge für kranke und kränkliche Kinder. Mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Berlin. (Die Krankenpflege. 1. Jahrgang, 1901—1902. S. 548 und 832.)

— Öffentlicher Kinderschutz. (Bd. VII, 2. Lief., von Weyls Handbuch der Hygiene. Jena, 1895.)

— Über die Häufigkeit des Stillens. (Deutsche med. Wochenschr. 1902. Nr. 44.)

Ohlen v., Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit usw. (Zeitschr. f. Hyg. 1905. Bd. XLIX, S. 199.)

Oppenheimer, Die Säuglingsfürsorge in Paris und München. (Münchener Gesellschaft f. Kinderheilk. Juni 1905. — Münchener med. Wochenschr. 1905. Nr. 37.)

Paffenholz, Aufgaben der privaten und öffentlichen Wohlfahrtspflege auf dem Gebiete der Säuglingsernährung. (Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspflege. Bd. XXI.)

— Säuglingssterblichkeit und Kindermilch. Bearbeitet im Auftrage der Vereinigung niederrhein.-westfäl. Kinderärzte. (Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspflege. Bd. XXI, H. 5 und 6.)

— Weitere Mitteilungen über die Prophylaxe der Sommersterblichkeit der Säuglinge. (Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspflege. 1903. Bd. XXII, S. 349.)

Petruschky, Die Sommersterblichkeit der Säuglinge und ihre Verhütung. (Leipzig, 1903. Leineweber.)

Pfaundler, Ansichten der Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde bezüglich der Hebammenausbildung. (Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde. Juli 1907.)

Plantenga, Des oeuvres et institutions érigées en Hollande pour lutter contre la mortalité infantile. (Annales de médecine et de chirurgie infantiles, 1. Mai 1907.)

Pinard P., Rapport sur la puériculture dans ses périodes initiales. (Ann. de gynéc. et d'obst. 1903. Bd. LIX, S. 93.)

Porter, „Municipal authorities and the feeding of infants“ and „The influence of maternal factory labour on infant mortality“. (Lancet. Bd. I, S. 258.)

Prausnitz W., Physiologische und sozial-hygienische Studien über Säuglingsernährung und Säuglingssterblichkeit. (München, 1902. J. F. Lehmanns Verlag.)

Prausnitz, Die Bedeutung der natürlichen Ernährung bei der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. (Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege, Bd. XXXVII, H. 4.)

Prinzing, Die angebliche Wirkung hoher Kindersterblichkeit im Sinne Darwinscher Auslese. (Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspflege. 1903. Bd. XXII, S. 111.)

Raimondi Raphael, L'assistance aux nourrissons en France. (Rev. Philanthrop. Bd. X, S. 167.)

Rousseau—Saint-Philippe, Protection „théorique“ et protection „réelle“ de l'enfance. (Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. XXXIII, S. 341.)

Schlegtendal, Säuglingssterblichkeit und ihre Bekämpfung. (Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspflege. 1905. Bd. XXIV, S. 147.)

Schloßmann A., Hebammen, Hebammenausbildung und natürliche Säuglingsernährung. (Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge. Bd. I, Nr. 5.)

Selter, Aufgaben der privaten und öffentlichen Wohlfahrtspflege auf dem Gebiete der Säuglingsernährung. (Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspflege. Bd. XXI.)

Selter P., Hebammen und Säuglingsernährung. (Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspflege. 1905. S. 81.)

— Eine wichtige Aufgabe der Landesverwaltungen bei der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. (Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspflege. 1906. Bd. XXV, S. 418.)

Sergent E., La protection des enfants du premier âge. (Paris, 1907. G. Steinheil.)

Steinhardt J., Über Stillungshäufigkeit und -fähigkeit. (Aus der Poliklinik der Nürnberger medizinischen Gesellschaft. Arch. f. Kinderheilk. 1906. Bd. XLIII, S. 207.)

Strauß Paul, Dépopulation et puériculture. Paris. 1901.

Strauß Paul, Dépopulation et puériculture. (Revue philanthrop. Bd. X, S. 281.)
Taillasson E., De quelques moyens d'assistance et de protection des nourrissons. Rôle protecteur de l'État. (Thèse de Lyon, 1906.)
Taube, Die Säuglingsfürsorge durch Staat, Gemeinde und freie Liebestätigkeit. (Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge. 1906. Bd. I, H. 1.)
Torggler Fr., Aus einer Hebammenlehranstalt. (Gynäkologische Rundschau. 1907. H. 19.)
Torre La, Allattamento in campagna. Mortalità infantile, cause e provvedimenti. (La clin. ost. Bd. IV, S. 41.)
Troitzky, Sur les moyens efficaces de la lutte contre les maladies et la mortalité des nourrissons. (Compt. rend. soc. de pédiat. de Kiew. Bd. II, S. 144.)
Turquan Victor, Contribution à l'étude de la population et de la dépopulation. (Société d'anthropologie de Lyon, Bd. XXI, H. 1.)
Vargas A. Martinez, Nuestras madres y el engrandecimiento patrio. (La medicina de los niños. Okt. Nov. Dez. 1906.)
Viaud, Protection de la mère et de l'enfant. (Un aperçu inédit du problème de la dépopulation. Concours méd. Bd. XXIV, S. 365.)
Vidalin, Étude sur la mortalité et sur les conditions d'hygiène des nourrissons dans le département de la Corrèze. (Thèse de Paris, 1904. L'obstétrique. Bd. IX, S. 469.)
Vierordt O., Die Säuglingsabteilung, Säuglingsambulanz und Milchküche der Luisenheilanstalt (Kinderklinik zu Heidelberg. (Stuttgart, 1904. E. H. Moritz.)
Vogel R., Der Verein für Säuglingsfürsorge Basel. (Helbing und Lichtenhahn. Basel, 1907.)
Wachenheim L., Die Prophylaxe der Kinderkrankheiten in der Stadt New York. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1904. Bd. III, S. 241.)
Wahrendorf, Die Säuglingsfürsorge in Hannover. (Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge. Bd. I, Nr. 9.)
Wechsler L., Säuglingsfürsorge und Milchhygiene. (Med. Blätter. Bd. XXX, S. 39. Leipzig, 1907.)
Weil, Lait stérilisé et dépopulation. (Rev. philanth. Bd. XI, S. 649. Bull. soc. méd. des bur. de bienf. de Paris. Bd. I, S. 108.)
Wieland E., Über Ursachen und Verhütung der Säuglingssterblichkeit. (Basel, 1904.)
Würtz, Die Säuglingssterblichkeit und die Maßregeln öffentlich-hygienischer Art, die zum Zwecke ihrer Herabsetzung getroffen werden können. (Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. Bd. XXXV, H. 2.)
Zollinger, Probleme der Jugendfürsorge. Bericht an den schweizerischen Bundesrat. (Separatabdruck aus dem VII. Jahrbuch der Schweizer Gesellschaft für Schulgesundheitspflege. Zürich, 1906. Zürcher und Furrer.)
Studien und Vorschläge zur Förderung des Selbststillens in Österreich. — Referate und ein Mahnwort an die Ärzte. (Das österreichische Sanitätswesen. 1906. Nr. 37.)
Schriften des Ersten österreichischen Kinderschutzkongresses in Wien 1907. Manzsche Verlagsbuchhandlung. Bd. I. Die Ursachen, Erscheinungsformen und die Ausbreitung der Verwahrlosung von Kindern und Jugendlichen in Österreich. Bd. II. Gutachten zu den Verhandlungsgegenständen des Ersten österreichischen Kinderschutzkongresses in Wien 1907. Bd. III. Protokoll über die Verhandlungen des Ersten österreichischen Kinderschutzkongresses in Wien, 18. bis 20. März 1907.
Vorträge über Säuglingspflege und Säuglingsernährung, gehalten in der Ausstellung für Säuglingspflege in Berlin im März 1906. (Herausgegeben vom Arbeitsausschuß der Ausstellung. Berlin, 1907. J. Springer.)
Die Säuglingssterblichkeit, ihre Ursachen und ihre Bekämpfung. (Denkschrift, bearbeitet in der Medizinalabteilung des Ministeriums der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten. Als Manuskript gedruckt. Berlin, 1905.)
Die Organisation der Wohlfahrtspflege. 15. Konferenz der Zentralstelle für Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen am 7. und 8. Juni 1906 in Nürnberg und Fürth. (Schriften der Zentralstelle für Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen. Nr. 30. Berlin, 1907. Karl Heymanns Verlag.)

II. Säuglingssterblichkeit.

Ascher L., Die Abnahme der Säuglingssterblichkeit in Königsberg i. Pr. (Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge. Bd. I, Nr. 6.)

Ausset E., La mortalité infantile dans le département du Nord étudiée pendant la période sexennale 1897—1902. (L'obstétrique. 1905. Bd. 10. S. 433.)

Ausset und Oui, Mortalité infantile. (Bull. de l'académ. de méd. Sitzung vom 31. März 1903.)

Balestre P. S., Étude statistique sur la mortalité infantile de 0 à 1 an et de 1 à 2 ans, à Nice de 1887 à 1904. Indications sur la prophylaxie de la mortalité infantile. (Thèse de Lyon. 1905.)

Bonhm C., Säuglingsernährung und Säuglingssterblichkeit in Bromberg. (Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspflege. 1906. Bd. 25. S. 417.)

Bonn A., Étude sur la mortalité infantile par gastroentérite et athrepsie à Lille. (Rev. d'hyg. Bd. XXIX, S. 263. Paris, 1907.)

Bonnavin, Étude statistique sur la mortalité infantile de la première année à Toulouse, de 1898 à 1902. (Thèse de Toulouse. 1903.)

Boucher, La mortalité infantile de la naissance à un an. L'oeuvre de la „goutte de lait". (Union méd. du Canada. S. 531.)

Brousse, De la mortalité infantile à Paris de 1884 à 1903. (Rev. prat. d'obstétr. et de péd. Mai 1904.)

Brown, Infant mortality. (Pediat. Bd. XIV, S. 346.)

Brugger R., Über die Sterblichkeit und Ernährungsverhältnisse der Kinder im ersten Lebensjahre in München. (Inaug.-Dissert. München.)

Brüning und Balck, Säuglingssterblichkeit in Rostock. (Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge. Bd. I, Nr. 10.)

Budin P., La mortalité infantile. (L'obstétrique. 1903. Bd. VIII, S. 1.)

— La mortalité infantile dans les Bouches-du-Rhône. (Rev. philanthrop. Paris, 1907. Bd. XX, S. 519.)

— La ville de Paris et la mortalité infantile. (La Rev. philanthrop. 10. Februar 1904.)

— La mortalité infantile de 0 à 1 an. (Annal. de méd. et chir. inf. 1903. Nr. 6 und 7. L'obstétrique. Bd. VIII, S. 1.)

— De la mortalité infantile dans le département du Pas-de-Calais. — Des moyens d'y remédier. (Revue d'hygiène et de médecine infantiles. 1902. Tome I, S. 391. und Rev. Philanthr., 10. September 1902.)

Busch A., Über den Umfang der Säuglingssterblichkeit in der Stadt Dortmund. (Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspflege. 1905. S. 333.)

Cayrol, Étude statistique sur la mortalité infantile à Montpellier de 1892 à 1901. (Montpellier méd. Bd. XLV, S. 1057.)

Daniels, Infantile mortality in the tropics. (Lancet. Bd. I, S. 965.)

Delcour, La mortalité dans les villes industrielles du Nord et du Pas-de-Calais. Remèdes rapides et pratiques. (Thèse de Lille.)

Desfosses P., La mortalité des enfants en nourrice. (Presse méd. 1905. Bd. XIII. S. 457 und 518.)

Dietrich, Die Säuglingssterblichkeit in Preußen, ihre Ursachen und ihre Bekämpfung. (Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge. Bd. I, H. 2 und 3.)

Ghislain-Houzel, Mortalité infantile à Boulogne sur mer. (La clinique infantile. 1904. Nr. 2.)

Goldstein F., Zur Säuglingssterblichkeit in Preußen. (Therapeutische Monatshefte. September 1905. S. 445.)

Grassi G. (Milano), Mortalità e morbilità a Milano nel primo anno di vita. (Annali di Ostetricia e Ginec. 1905. Nr. 8.)

Grassl, Die Kindersterblichkeit in Bayern. (Soziale Med. u. Hyg. Bd. I, S. 597, 672. Hamburg. 1906.)

Johannessen A., Die Säuglingssterblichkeit in Norwegen. (Jahrb. f. Kinderheilk. 1902. Bd. LVI, H. 3.)

Lambinon, Mortalité infantile dans la banlieue de Liège. (Journ. d'accouch. de Liège. 10. Januar 1904.)

Lavarenne de, La mortalité infantile. (La presse méd. 4. April 1906.)
Lizatoy M. D. Y., Contribution à l'étude de la mortalité infantile par l'allaitement artificiel. (Thèse de Nancy. 1904.)
Mesnil R., Mortalité des enfants de 0 à 1 an assistés au biberon et placés à la campagne. (Normandie méd. 1906. Bd. XXII, S. 193.)
Mossery P., Étude sur la mortalité infantile. (Thèse de Paris. 1906.)
Morquio L., Causas de la mortalidad de la primera infancia. (Montevideo, 1905.)
Muller R., Mortalité dans l'hospitalisation infantile. (Thèse de Lyon. 1904.)
Parkes (London), Summer diarrhoeal mortality in London. (Pediatrics. Januar 1904.)
Prinzing, Die Kindersterblichkeit in Österreich. (Allgem. statist. Arch. Bd. XI, S. 199.)
Rhodes, Infant mortality. (Brit. med. journ. Bd. II, S. 456.)
Rich, Infant mortality in Michigan and Detroit. (Arch. of Pediatrics. Oktober 1905.)
Rosenfeld S., Beiträge zur Statistik der Säuglingssterblichkeit. (Arch. f. Kinderheilk. 1904. Bd. XXXIX, S. 1.)
Rombouts K. M., Betrachtungen über die Zahl der Geburten und die Kindersterblichkeit in den Niederlanden während der Jahre 1875—1899. Dissertation, Amsterdam. 1902.)
Steingrimur Matthiasson, Zur Kindersterblichkeit auf Island. (Bibliotek for Læger. 1906. S. 165.)
Temme G., Die Säuglingssterblichkeit in Nordhausen. Ein Beitrag zu ihrer Bekämpfung. (Im Selbstverlag.)
Vincenneau-Blum, Étude statistique de la mortalité infantile à Montpellier de 1892 à 1901. Déductions étiologiques et prophylactiques. (Thèse de Montpellier. 1902.)
Zuber A., De la mortalité infantile à Nancy. (Thèse de Nancy. 1899.)

III. Geschlossene Säuglingsfürsorge.

Baginsky A. und Sommerfeld P., Säuglingskrankenpflege und Säuglingskrankheiten nach den Erfahrungen im städtischen Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhause in Berlin. (F. Enke, Stuttgart, 1906.)
Brauer L., Säuglingsheim und Milchküchenbetrieb der königl. medic. Poliklinik der Universität Marburg. (Marburg, 1905. H. Bauer.)
Brudzinski J., Über die Fortschritte in dem Kinderspitalswesen. (Czasopismo lekarskie, Nr. 2 und 3.)
Cordier Ed., Quelques mois de fonctionnement de l'Institut pour enfants prématurés ou débiles. (Ann. de la policlinique de Bruxelles. Juli 1906.)
Cozzolino O., Importanza degli asili per i lattanti nella protezione della prima infanzia. (Comunicazione al III. Congresso per l'igiene dell'allattamento e la tutela dell'infanzia. Rassegna d'ostetricia e ginec. 1905.)
Dietrich, Säuglingsernährung und Wöchnerinnenasyle. (Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspflege. 1903. Bd. XXII, S. 46.)
Finkelstein H., Über Morbidität und Mortalität in Säuglingsspitälern und deren Ursachen. (Zeitschr. f. Hyg. und Infektionskrankheiten. 1898. Bd. XXVIII.)
Heubner O., Säuglingsernährung und Säuglingsspitäler. (Berlin, 1897. Verlag von August Hirschwald.)
Horten Fr. v., Das Säuglingsheim zu Dresden. (Kinderarzt. 1905. Nr. 1.)
Hoffa Th., Ein Säuglingsheim in Barmen. (Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge. Bd. I, S. 257.)
Housay Fr., La protection des enfants du premier âge en France. De l'utilité de la généralisation des Pouponnières. (La gaz. méd. du Centre. Juni 1904, und Gaz. méd. de Paris 1903, S. 289 und 317.)
Jelski B., Provinzial-Säuglingshäuser. (Die Krankenpflege. II. Jahrg. 1902—1903. H. 4, S. 347.)
— Nochmals die Provinzial-Säuglingshäuser. (Die Krankenpflege. Jahrg. 1903. H. 7, S. 603.)
Klautsch A., Das St. Elisabeth-Kinderheim zu Halle a. S. (Arch. f. Kinderheilk. 1904. Bd. XXXIX, S. 125.)
Lange de, Zur Anstaltspflege von Säuglingen. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. XXXIII, S. 415.)

Marcuse J., Das Säuglingsheim der Luisenheilanstalt zu Heidelberg. (Berliner klin. Wochenschr. 1904. Nr. 27.)

Nebel W., Zweiter Jahresbericht (1904) des Versorgungshauses für Mütter und Säuglinge zu Solingen-Haan. Zugleich ein Beitrag zur Hygiene des Keuchhustens und des Ammenwesens. (Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspflege. 1905. Bd. XXIV, S. 309.)

Pappritz Anna, Die Errichtung von Wöchnerinnenheimen und Säuglingsasylen — eine soziale Notwendigkeit, eine nationale Pflicht. (Sozialer Fortschritt. Hefte und Flugschriften für Volkswirtschaft und Sozialpolitik. Nr. 12/13. Leipzig.)

Planchu, La nourricerie Rémond. (L'obstétrique. 1906. Bd. XI, S. 491.)

Pröbsting A., Über die Versorgung der Säuglinge in Hospitälern. (Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspflege. 1904. Bd. XXIII, H. 1 und 2.)

Rácz Edmund, Az intézeti csecsemő ápolásáról. (Über Anstaltspflege der Säuglinge. (Budapesti Orvosi Ujság. 1904. Nr. 2.)

Schlossmann A., Über die Fürsorge für kranke Säuglinge unter besonderer Berücksichtigung des neuen Dresdener Säuglingsheimes. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. XLIII. S. 1. Sonderabdruck. F. Enke, Stuttgart.)

Schloßmann Artur, Über Errichtung und Einrichtung von Säuglingskrankenanstalten. (Arch. f. Kinderheilk. 1902. Bd. XXXIII, S. 177.)

Schloßmann und Peters, Über Häufigkeit und Ursachen des Todes bei der Anstaltsbehandlung kranker Säuglinge. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. XXXIII, S. 265.)

Selter und Behr S., Erster Jahresbericht des Versorgungshauses für Mütter und Säuglinge zu Solingen-Haan. (Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspflege. 1904. Bd. XXIII.)

Siegert, Die moderne Säuglingsheilstätte und ihre Bedeutung für die Ärzte. (Münchener medic. Wochenschr. 1902. Jahrg. XLIX. Nr. 14, S. 578.)

Soltmann O., Die Säuglingssterblichkeit im Krankenhause. (Münchener med. Wochenschr. 1907. Nr. 2.)

Sperk, Erfahrungen aus der Säuglingsabteilung des St. Anna-Kinderspitales im Jahre 1905. (Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien. Pädiatrische Sektion. Juni 1906, und Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge. Bd. I, Nr. 4.)

Spiegel O., Dritter Jahresbericht (1905) des Versorgungshauses für Mütter und Säuglinge zu Solingen-Haan. Zugleich ein Bericht über das Auftreten einer Hausepidemie und ein Beitrag zur Physiologie des Stillens. Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspflege. 1906. Jahrg. XXV, S. 129.

Szana A., Zur Lehre von der Schädigung durch die Säuglingsanhäufung. (Arch. f. Kinderheilk. 1906. Bd. XLIV, S. 329.)

— Die Pflege kranker Säuglinge in Anstalten. (Wiener klin. Wochenschr. 1904. Nr. 2.)

— Észrevételek a csecsemők intézeti ápolásának kérdéséhez. (Bemerkungen zur Frage der Anstaltsbehandlung von Säuglingen. Budapesti Orvosi Ujság. 1904. Nr. 8.)

Weiß Siegfr., Die Säuglingsheilstätten. (Vortrag im Wiener med. Doktorenkollegium. Wiener med. Presse. 1905. Nr. 6, S. 257.)

Wesener F., Die Behandlung von Säuglingen in allgemeinen Krankenhäusern. (Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1906.)

Zimmer Ernst, Über Provinzial-Säuglingshäuser nach den Vorschlägen von Dr. B. Jebb. (Die Krankenpflege. II. Jahrg. [1902/03], H. 6, S. 558.)

IV. Offene Säuglingsfürsorge.

Altairac, La goutte de lait d'Alger. (La clinique infantile, 1. März 1907.)

Ancelet G., De l'assistance aux mères et aux nourrissons. (Revue philanthrop. 1904. Bd. XV, S. 420.)

Apfelstedt, Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, speziell des Brechdurchfalles. (Therap. Monatschr. Berlin, 1906. Bd. XX, S. 473.)

Ascher, Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit vom sozial-hygienischen Standpunkte. (Münchener med. Wochenschr. Jahrg. L. Nr. 36, S. 1558.)

Audion, La consultation des nourrissons au dispensaire de Rothschild de Berck. (Ann. soc. obst. de Paris. 9e ann. 325.)

Augé A., Les consultations de nourrissons. (Pédiatrie pratique. Bd. V, S. 133. Lille, 1907.)

Ausset E., La goutte de lait de Comines. (Nord.) (Pédiat. pratique. Lille, 1906. Bd. IV, S. 25.)
— La goutte de lait de Saint-Pol-[illegible]. (L'obstétrique. 1904. Bd. IX, H. 1.)
Ausset E. und Oui, La consultation de nourrissons de la société lilloise de protection des enfants du premier âge. (Pédiatrie pratique. 1905. Bd. III, S. 37.)
Barbier und Delcominette, 25 ans de fonctionnement de la crèche Eugénie à Liège. (Ann. soc. méd. chir. de Liège. 1903. Bd. XLII, S. 350 und 390.)
Baumel L., De la mutualité maternelle dans ses rapports avec la mortalité infantile. (Montpellier, 1905.)
Beluze, La crèche et son hygiène. (Rev. d'hyg. et de méd. infant. Bd. I, H. 6.)
Béthune, L'Oeuvre de la goutte de lait du Nord. (Écho méd. du Nord. 1903. Bd. VII, S. 132, und 1905 Bd. IX, S. 145.)
Bloch, Ausbildung von Pflegerinnen (mit Diskussion). (XX. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte zu Köln, 5. Februar 1905.)
Blumenfeld, Milchküche für Säuglinge in Kassel. (Referat auf der III. Versammlung der Vereinigung süddeutscher Kinderärzte am 11. Dezember 1904 zu Frankfurt a./M.)
Boissard et Devé, La consultation de nourrissons de l'hôpital Tenon en 1903. (L'obstétrique 1904. Bd. IX, S. 304.)
Bosc F. J. und Cabanis, Compte rendu de la consultation de nourrissons de Montpellier pendant l'année 1905/06. (2e année.) (Montpellier méd. 1906. Bd. XLIX, S. 415.)
Boucher, L'oeuvre de la goutte de lait, les services qu'elle a rendus depuis le mois de juillet. (Union méd. du Canada. S. 89.)
Bourgoin E., La consultation de nourrissons à l'hôpital Lariboisière. (Thèse de Paris, 1906.)
Bousquet, La dépopulation en France. Moyens de combattre la mortalité infantile. Oeuvre de la goutte de lait. (Centre méd. Bd. VII, S. 191.)
Bracci C., Sulla necessità di tutelare l'allattamento materno nella città di Pisa. (Tipografia Pisana. 1906.)
Braun L., Die Mutterschaftsversicherung. Ein Beitrag zur Frage der Fürsorge für Schwangere und Wöchnerinnen. (Berlin, 1906. Buchhandl. Vorwärts.)
Bresset, Le dispensaire gratuit de la caisse des écoles du VIIe arrondissement. Dispensaire pour enfants malades et consultations de nourrissons. Année 1901. (Paris, 1902. Steinheil.)
— Les dispensaires gratuits de la caisse des écoles du VIIe arrondissement. Dispensaires pour enfants malades et consultations de nourrissons. Année 1902. (Paris, 1903. G. Steinheil.)
— Des résultats fournis par la pesée mensuelle des nourrissons secourus par le bureau de bienfaisance du XIII. arrond. (L'obstétrique 1902. Bd. VII, S. 38.)
— La „Consultation de nourrissons" des dispensaires de la caisse des Écoles du VII arrondissement pendant le mois de mars 1902. Société obstétricale de France. IX. Session. 3. bis 5. April 1902 in Paris. (L'obstétrique. Jahrg. VII, Nr. 3, S. 204.)
— Le dispensaire gratuit de la caisse des écoles du VIIe arrondissement. (Ann. de méd. et chir. inf. 1903. S. 15.)
— Les consultations de nourrissons et l'allaitement maternel. (Ann. de gynécol. et d'obstét. Bd. LVII, S. 413.)
Brunard, Les consultations de nourrissons, le biberon gradué de Varnd. (La clinique 1906. Nr. 6.)
Brunon, Oeuvre de la goutte de lait de Rouen. Rapport annuel. (Rouen, 1902. Girieud et Cie. Normandie méd. Bd. XVIII, S. 165.)
— La goutte de lait de Rouen. (Vortrag auf dem Congrès d'obstétrique et de pédiatrie de Rouen. 8. April 1904.) (La clinique infantile 1904. Nr. 8. Le Bulletin méd. 9. März 1904.)
— Les gouttes de lait. (Normandie méd. Bd. XIX, S. 280.)
— La goutte de lait de Rouen. Organisation nouvelle. (Normandie méd. Bd. XIX, S. 81.)
Bué V., Le pour et le contre des crèches. (Presse méd. 1906. Bd. XIII, S. 253 und La clinique. 1906. Bd. XX, S. 148.)

Bué V., L'œuvre de Budin en puériculture. (Presse méd. Bd. XV, S. 147. Paris, 1907.)
— De l'assistance maternelle. (Presse méd. Bd. XV, S. 75. Paris, 1907.)
— La crèche idéale. (Presse méd. 1905. Bd. XIII, S. 412.)
— Les crèches industrielles. (Presse méd. 1905. Bd. XIII, S. 325, und Nord méd. Bd. XIII, S. 16.
Budin P., Résultats obtenus par les consultations des nourrissons. (L'obstétrique 1905. Bd. X, S. 398.)
— Les consultations des nourrissons. (Arch. génér. de méd. Nr. 38. Rev. d'hygiène et de médecine infant. 1905. Bd. IV, S. 117.)
— Des consultations de nourrissons, leurs résultats. (L'obstétrique. Juli 1905, und Bull. de l'Académie de méd. 12. Juni 1906.)
— De l'allaitement au sein par les ouvrières d'usines, de fabriques, de manufactures. (L'obstétrique 1904. Bd. IX, Nr. 4.)
Carel A., Les dispensaires gratuits de la caisse des écoles du VIIe arrondissement. Dispensaires pour enfants malades et Consultations de nourrissons, 1, rue Oudinot; 169 rue Saint-Dominique. (Paris, 1907, G. Steinheil.)
— Résultats de la consultation de nourrissons du Gros-Caillou pendant l'année 1903. (Soc. obstétr. de France: 7. bis 9. April 1904.) (L'obstétrique. 1904. Bd. IX, S. 249.)
Cassan E., Consultations de nourrissons et gouttes de lait. (Organisation matérielle et fonctionnement clinique.) (A. Maloine. Paris und Lyon, 1905.)
Cassel, Die Säuglingsfürsorgestelle II der Stadt Berlin. (Arch. f. Kinderheilk. 1906. Bd. XLV, S. 37.)
Caviglia P., Mortalité infantile et statistique des consultations de nourrissons. (Rev. d'hyg. et de méd. infant. 1906. Bd. V, S. 48.)
Cavro P. G. E., La défense de l'enfant. Consultations de nourrissons ou gouttes de lait. (Thèse de Lille, 1904.)
Cayrol-Blum, Consultations de nourrissons et gouttes de lait. (Montpellier méd. Bd. XVII, S. 25, 58.)
Charles N., Quelques chiffres statistiques à propos de la mortalité des enfants. Consultation de nourrissons à la Maternité de Liége. (Journal d'accouchements. 1901. Nr. 91 und 92.)
— Les consultations de nourrissons en Belgique et à Liége en particulier. (Journ. d'accouch. de Liége. 15. Februar 1903.
— Fonctionnement de la consultation des nourrissons à la Maternité de Liége. Résultats de la période 1901—1902. (Journ. d'accouch. de Liége. 22. März 1903.)
— L'Oeuvre des nourrissons. (Journ. d'accouch. Liége, 1907. Bd. XXVIII, S. 58.)
— Consultation de nourrissons de la Polyclinique de Liége 1906. Rapport annuel présenté par P. de Sagher. (Journ. d'accouch. Bd. XXVIII, S. 65. Liége, 1907.)
— Contribution à l'étude des moyens employés pour favoriser l'allaitement maternel dans la classe pauvre. (Journ. d'accouch. de Liége 16. Juli 1905.)
— L'allaitement maternel dans la classe pauvre. (Journ. d'accouch. de Liége 3. September 1905.)
Chavane, Surveillance de nourrissons de la rue du Chemin-Vert et de la rue Ordener de 1895—1902. (Ann. soc. obst. de Paris IXe sess. 338.)
— Les consultations et surveillances de nourrissons à Paris en 1902. (Revue d'hygiène et de médecine infantiles. 1902. Tome I, S. 201.)
Cleary Mc, Le progrès des gouttes de lait en Grande-Bretagne. (La clinique infantile, 1. August 1904.)
Costan, Goutte de lait de Rouen. L'allaitement artificiel peut donner de bons résultats. Lait stérilisé et lait cru. (Normandie méd. 1905. Bd. XXI, S. 193.)
Daynés H., Un service d'allaitement au Dispensaire pour enfants malades de Toulouse. (Étude d'hygiène sociale. Thèse de Toulouse 1907.)
Dechert E., La goutte de lait de Tourcoing. (Roubaix, 1902. S. 46.)
Dehne, Organisation der Schutzstelle des Vereines für Säuglingsschutz in Wien. (Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien. Pädiatrische Sektion. Mai 1906, und Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge. Bd. I, S. 31.)

Delaye und Andérodias, Fonctionnement de la Consultation de nourrissons de l'hôpital suburbain des enfants du Bouscat. Les résultats. (Journ. de méd. de Bordeaux. 1907. Bd. XXXVII, S. 241.)
Demay L., Consultation de nourrissons du dispensaire du 5ème arrondissement. (Annal. de méd. et chir. infant. 1903. Nr. 7.)
Desfosses, Les gouttes de lait. (Presse méd. 1903. Bd. II, S. 845.)
Deswarte E., Les crèches, leur passé, leur présent et leur avenir. Étude d'hygiène sociale. (Thèse de Paris 1906.)
Deutsch Ernst, Über das Gratismilchinstitut. (Gyermekgyógyászat, 1906. Nr. 4.)
— Gratismilch- und Ordinationsanstalten für Säuglinge. (Zentralbl. f. Kinderheilk. 1903. Nr. 7 und 8.)
— L'oeuvre de la goutte de lait à Budapest. (Vortrag auf dem I. Congrès international des gouttes de lait.) (Arch. de méd. des enfants 1906. Bd. X, S. 32.)
Devé Ch., La consultation de nourrissons à l'hôpital Tenon. (Sitzung der soc. d'obstétrique de Paris vom 19. Februar 1903. L'obstétrique. 1903. Bd. VIII, S. 165.)
Devraigne, Les consultations de nourrissons. (La Presse méd. 1905. 21. Oktober.)
Dubé, La ligue du lait pur et de la goutte de lait dans l'opinion publique. (L'Union médicale du Canada. 1. Januar 1906.)
Dubrisay, Consultation pour enfants nouveaux — nés et distribution gratuit de lait stérilisé. Société obstétricale de France. IX. Session, 3. bis 5. April 1902 in Paris. (L'obstétrique. Jahrg. VII, Nr. 3, S. 294.)
Dufour, Le logement tient une place parallèle à celle de l'alimentation chez les nourrissons. (La clinique infantile. 15. August 1906.)
Edwards-Pilliet, L'assistance à domicile des mères et des enfants malades par l'union française de mères de famille. (Rev. d'hyg. et de méd. infant. Bd. V, S. 97.)
Escherich Th., Antrag auf Einsetzung eines Komitees behufs Ausarbeitung von Vorschlägen zur Förderung der Brusternährung. (Wiener klin. Wochenschr. 1905. Nr. 22.)
— Über Säuglingsfürsorge mit Besprechung der Organisation der Schutzstelle des Vereines „Säuglingsschutz", Wiener med. Wochenschr. 1905. Nr. 50.)
Esparbès S., Le logement de l'enfant pauvre à Toulouse. (Thèse de Toulouse 1902.)
Etienne, Maternité et Misère. Assistance par les ménages — ouvriers. (Thèse de Paris 1905.)
Fischer A., Die Mutterschaftsversicherung in den europäischen Ländern. (Kultur und Fortschritt, Leipzig. 1907. Nr. 101. Felix Dietrich.)
Fleur M., Les consultations de nourrissons et l'allaitement maternel. (Thèse de Paris 1906.)
Gasne H. M. J., L'école des mères. (Thèse de Paris 1906.)
Gauchas, Gouttes de lait et crèches. (Clinique inf. 1905. Bd. III, S. 705.)
Genouy E., Mlle, Nécessité d'une direction dans l'allaitement au sein. (Thèse de Paris, 13. décembre 1906.)
Goepfert R., Essai d'une consultation de nourrissons à l'oeuvre du Bon Lait de Nancy. (Rev. méd. de l'Est. 1904. Bd. XXXVI, S. 128.)
Grosset, Oeuvre toulousaine de la goutte de lait. (La Clinique infantile. 15. Juli 1906.)
Guérin-Valmale, Les consultations de nourrissons. (La presse médicale 13. Januar 1906.)
Guerhand J., L'oeuvre de la goutte de lait à Genève. (Journ. des méd. prat. de Lyon. 1905. Bd. III, S. 64.)
Guthrod O., Gutachten über die Einrichtung einer Kindermilchküche in Heilbronn a. N. (Korr.-Bl. Stuttgart, 1906. Bd. LXXVI, S. 978.)
Hagenbach-Burckhardt, Rückkehr zur natürlichen Ernährung der Säuglinge. (Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 436, Serie XV, H. 16. Innere Medizin. 1906. Nr. 132.)
Hamburger Fr., Wie können wir das Stillen der Mütter fördern? II. Diskussion. (Pädiatrische Sektion der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien, 16. März und 18. Mai 1905 und Wiener klin. Wochenschr. 1905. Nr. 22.)
Heitz, De l'alimentation artificielle des nouveau-nés. L'oeuvre de la goutte de lait de Besançon. (Rev. méd. de la Franche-Comté. Bd. X, S. 98.)

Hérique A., La consultation de nourrissons dans les oeuvres d'assistance de la première enfance. (Thèse de Nancy. 1906.)
Herrgott, But et fonctionnement de l'Oeuvre de la Maternité à la clinique obstétricale à Nancy. (Annales de gynécol. et d'obstét. Juli 1906.)
Jagot L., Les enfants leurs avant âge, leurs dangers. (Pédiatrie prat. 1906. Bd. IV, S. 88.)
Jambon G., Essai sur l'assistance maternelle en Bretagne. (Thèse de Paris 1903.)
Janicot, Polyvalence. La goutte de lait de Rouen. (Bull. méd. Bd. XVI, S. 467.)
Japha und Neumann, Die Säuglingsfürsorgestelle I der Stadt Berlin, Einrichtung, Betrieb, Ergebnisse. (Berlin, 1906. S. Karger.)
Japha A., Die Säuglingsküche. Ergebnisse und Ziele. (Arch. f. Kinderheilk. 1905. Bd. XLII, S. 6.)
Jeannin, Consultations de nourrissons et allaitement maternel. (Le progrès méd. 21. September 1905.)
Keller A., Aus der Praxis der Säuglingsfürsorge. I. Mitteilung. (Monatschr. f. Kinderheilk. 1905. Bd. IV, Nr. 10, S. 497.) II. Mitteilung. (Monatschr. f. Kinderheilk. 1906. Bd. V, S. 1.) III. Mitteilung. (Ibidem. S. 221.)
Lambinon, Consultation de nourrissons à la Maternité de Liège. (Ann. soc. méd. chir. de Liège. Bd. XLI, S. 32. Journ. d'accouch. Bd. XXIII, S. 163.)
Leblond, L'allaitement maternel à la Goutte de lait de Beauvais. (La Clinique infantile. 15. Februar 1906.)
Lecaplain, Gouttes de lait consultations de nourrissons. (Normandie méd. Bd. XXIII, S. 44 und 77, Rouen, 1907.)
Legrand, Consultation de nourrissons au domicile du médecin. (Sitzung der soc. d'obstétrique de Paris vom 19. Februar 1903.) (L'obstétrique. 1903. Bd. VIII, S. 165.)
— Deux années d'une consultation de nourrissons. [Issy-les-Moulineaux.] (Soc. d'obstétr. de Paris, 17. März 1904. L'obstétrique 1904. Bd. IX, S. 349.)
— L'Union maternelle d'Issy-les-Moulineaux. (La Revue philanthr. 15. November 1905.)
Legrand M., Considérations sur l'assistance maternelle. (Thèse de Paris 1905.)
Levraud, Le fonctionnement et les statistiques de la „Goutte de lait de Saumur“ durant la première année (1901). Société obstétricale de France. IX. Session. 3. bis 5. April 1902 in Paris. (L'obstétrique. VII. Jahrg. Nr. 3, S. 281.)
Lust E., Pour les gouttes de lait. (Journ. méd. de Bruxelles. 1905. Bd. X, S. 55.)
Manara G. und Grassi G., Appunti sulle consultazioni dei lattanti rispetto alla assistenza della prima infanzia. (Tip. Cogliati. Milano 1905.)
Manchot C., Die Milchküche der St. Gertrud-Gemeindepflege in Hamburg. 1889 bis 1904. (Hamburg, 1905. C. Boysen.)
Marfan, Organisation d'un enseignement médical en vue de combattre la mortalité des enfants du premier âge, rôle des consultations de nourrissons dans cet enseignement. (Rapport présenté à la Ligue contre la mortalité infantile.) (Revue philanthropique. 10. février 1903.)
Margoulies Marguerite, L'oeuvre de la goutte de lait. Contribution à l'étude de la protection de la première enfance. (Thèse de Paris, 1903.)
— L'organisation des gouttes de lait à St. Pétersbourg, comme moyen de lutte contre la mortalité infantile. (Arch. de méd. et chir. spéc. Paris, 1906. Bd. VI, S. 385.)
Marique A., Contre les gouttes de lait. (Journ. méd. de Bruxelles. 1905. Bd. X, S. 23.)
— La mortalité infantile et les oeuvres qui la combattent. (Journ. méd. de Bruxelles. 1905. Bd. X, S. 163 und 177.)
Marois, Les Consultations de nourrissons à l'école. (La Revue philanthropique. 15. Februar 1907.)
Marois R. und Mocquot, Les consultations de nourrissons. Leur organisation administrative financière et médicale. Les résultats obtenus dans l'Yonne. (Auxerre, 1907. Ch. Milon.)
Maygrier, Résultats de la consultation de nourrissons de la charité. (Soc. obstétr. de France 7. bis 9. April 1904.) (L'obstétrique. 1904. Bd. IX, S. 248.)
— Six années de pratique d'une consultation hospitalière de nourrissons. (L'obstétrique 1904. Bd. IX, S. 293.)

Maygrier, Les consultations de nourrissons. — Monographies cliniques sur les questions nouvelles en médecine, en chirurgie, en biologie. Nr. 35. (Paris, Masson et Cie.)

Mendoza Suarez de, Sur la nécessité d'étendre les bienfaits des gouttes de lait autant que consultations de nourrissons aux enfants des classes aisées. (Arch. de méd. et chir. spéc. Paris, 1906. Bd. VI, S. 257.)

Méry, Les crèches de nourrissons dans les hôpitaux d'enfant. (Presse méd. 1906. Bd. XIV, S. 16.)

Mion C., De l'importance d'une direction médicale dans l'allaitement au sein. (Thèse de Paris 1905.)

Morquet G., Les consultations de nourrissons à Appoigny, Monéteau et Gurgy pendant l'année 1903. (Annal. de méd. et chir. inf. 1904. Nr. 2.)

— Consultations de nourrissons à la campagne. (Soc. obstétr. de France 7. bis 9. April 1904. L'obstétrique. 1904. Bd. IX. S. 248.)

— De l'influence des consultations de nourrissons sur les affections et la mortalité de la première enfance. (L'obstétrique. 1905. Bd. 10, S. 405.)

Moll A. — Weill, A propos de puériculture. L'école des mères. (Rev. d'hyg. et de méd. infant. 1903. Bd. I, S. 72.)

Monod H., La protection de l'enfant par l'Assistance maternelle. (Rev. philanthropique. Paris. 1906. Bd. XVIII, S. 129.)

Monod, Sur les crèches. (Rev. philanthrop. Bd. X. S. 482.)

Moury P., Étude sur la mortalité infantile. Travail fait aux dispensaires de la Caisse des écoles du VII. arrondissement. (Thèse de Paris 1906.)

Moreau, La goutte de lait à Angers. (Anjou méd. 1905. Bd. X, S. 4.)

— Die Säuglingsambulatorien, ihre Organisation. (Journ. méd. de Bruxelles 30. Juli 1904.)

Oppenheimer, Über die Errichtung von Beratungsstellen für Mütter von Säuglingen in München. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 10, S. 469.)

Orgler A., Die Prophylaxe akuter Ernährungsstörungen durch die Milchküche. (Zeitschrift f. Säuglingsfürsorge. Bd. I, Nr. 7.)

Panel G., De l'élevage au sein par les mères indigentes. (Normandie méd. 1905. Bd. XXI, S. 290.)

Paquy E., De l'allaitement maternel chez les ouvrières employées dans l'industrie. (Ann. de gynécol. et obst. Paris, 1906. Bd. XXXIII, S. 24.)

Parez A., Quelques considérations spéciales relatives aux femmes nourrices et aux nourrices pour elles-mêmes, pour les enfants et pour la société. (Rev. méd. de l'Est. Nancy. 1906. Bd. XXXIII, S. 469.)

Perret, Résultats obtenus par les consultations de nourrissons. (La Revue philanthropique. 15. Juli 1905.)

Perrot B., Assistance aux femmes enceintes. (Thèse de Paris, 1905. J. Rousset.)

Peyroux A. L., I. L'oeuvre des „Gouttes de lait". I. Étude du groupe normand (Elbeuf, Fécamp, Le Havre). Elbeuf 1902. Gaston Bellen.) II. Consultations de nourrissons et Gouttes de lait. (La Semaine médicale 1902. 24. Dezember.)

— Allaitement maternel. Établissements Blin d'Elbeuf. (Rouen. 1903. Rev. méd. de Normandie. S. 438.)

Pick J., Erfahrungen und Ergebnisse aus der Säuglingsfürsorgestelle im Jahre 1905. (Arch. f. Kinderheilk. 1906. Bd. XLV, S. 57.)

Porak und Katz, La „Consultation de nourrissons" à la Maternité du 1 mars 1901 au 1 mars 1902. Société obstétricale de France. IX. Session, 3. bis 5. April 1902 in Paris. (L'obstétrique, VII. Jahrg., Nr. 3, S. 264.)

Quillier F., Nécessité d'une direction médicale dans l'allaitement au sein. (L'obstétrique. 1905. Bd. X, S. 20 u. 115.)

Reid G., Infantile mortality and the employment of married women in factory labour before and after confinement. (The Lancet. Nr. 4329. 1906. S. 423.)

Rivière, Du patronage des nourrissons. (L'obstétrique. Bd. VIII, S. 421.)

Rocchi G., Del „soccorso materno" suoi intenti e funzione pratica. (Tip. Rocchi Lucca, 1906.)

Roger F. P. B., Protection de la mère dans l'industrie. (Thèse de Paris, 1903.)

Rosenhaupt, Grundsätze bei der Errichtung öffentlicher Milchküchen. (Vereinigung süddeutscher Kinderärzte. V. Versammlung. Dez. 1905.)
de Rothschild H., Les consultations de nourrissons et les gouttes de lait. (Journ. des praticiens. 19. Dezember 1903.)
— Les gouttes de lait. (Organisation d'une „Goutte de lait" et d'une „Consultation de nourrissons".) (Revue d'hygiène et de médecine infantile. Bd. I, 5. Heft.)
— L'œuvre philanthropique du lait. (Préface de M. Paul Strauss, Sénateur de la Seine.) Paris 1902, O. Doin.)
— Protection de la première enfance. Les gouttes de lait. L'œuvre philanthropique du lait. (Rev. philanthrop. Bd. X, S. 294.)
Rousseau Saint-Philippe, Gouttes de lait et consultations de nourrissons. (La bull. méd. 3. Februar 1906.)
Rudaux, Manière d'organiser une consultation de nourrissons. (La Clinique. 11. Januar 1907.)
de Sagher P., Consultation de nourrissons de la Policlinique de Liège. Première année de fonctionnement. (Ann. soc. méd.-chir. de Liège 1906. Bd. XLV, S. 106.)
Salge B., Milchküchen und Beratungsstellen. (Referat in der Gesellschaft f. Kinderheilkunde. Dresden 1907.) (Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge. Bd. 1, Nr. 2.)
— Einige Bemerkungen über den Wert der „Stillprämien" (Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge. Bd. I, S. 69.)
Schwartz O., Die Folgen der Beschäftigung verheirateter Frauen in Fabriken vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege und Sozialreform. (Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl. 1903. Bd. XXXV, S. 424.)
Séailles, Une consultation de nourrissons à Paris. Quatre années de fonctionnement. (Arch. de méd. des enf. 1904. Bd. VII, S. 150.)
Sieveking, Die Säuglingsmilchküchen der patriot. Gesellschaft in Hamburg. 1. Jahresber. 1904/05. (Hamburg 1906. C. Boysen.) — 2. Jahresbericht. (Hamburg 1907.)
Spaether, Ein Beitrag zur Frage der Säuglingsernährung in Arbeiterkreisen. (Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25, S. 1213.)
Sperk, Die Schutzstelle des Vereines Säuglingsschutz in Wien. (Sitzung der Gesellschaft für Kinderheilkunde auf der 77. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Meran, 1905.)
Spottiswoode C. J., The appointment of qualified women with special reference to the hygiene and feeding of infants. (The Lancet. August 1906. Nr. 4327. Bd. CLXXI, S. 273.)
Suckow E., Leitfaden zur Errichtung von Kindermilchanstalten. (Hannover 1906. M. u. H. Schaper.)
Tronchet J., Les mutualités maternelles. Leur action sur la mortalité infantile. (Revue d'hyg. et de méd. infant. 1907. Bd. VI, S. 40 u. Thèse de Paris, 1906.)
Trumpp und Salge, Milchküchen und Säuglingsfürsorgestellen im Dienste der Säuglingsfürsorge. (Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Dresden. Sekt. f. Kinderheilk. September 1907.)
Ulecia R. y Cardona, La goutte de lait de Madrid et la propagation de cette institution en Espagne. (Arch. de méd. et chir. spéc. Bd. VII, S. 73.)
Vargas M., La Nueva casa de Lactancia Municipal de Barcelona. (La Medicina de los niños. Januar 1907. Bd. VIII, S. 1.)
Variot G., Chronique des gouttes de lait en France et à l'étranger. (La clinique infantile. 1904. Bd. II, Nr. 7 u. 10.)
— La goutte de lait. (Clin. inf. 1903. Bd. I, S. 1.)
— L'avenir des gouttes de lait. (Archives de médecine des enfants. Bd. VI, S. 209.)
— L'avenir des gouttes de lait dans les centres industriels. (La clinique infantile. 1904. Nr. 1.)
— Réflexions sur l'athrepsie infantile et les gouttes de lait. (Vortrag auf dem Congrès d'Obstétrique et de Pédiatrie de Rouen. 8. April 1904.) (La clinique infantile. 1904 Nr. 8.)
— Un restaurant gratuit pour nourrices à Belleville. (La clinique infantile. 15. Juni 1905.)

Variot G., La mortalité infantile dans les consultations de nourrissons. Abus de la statistique. (Clinique infantile. 1905. Bd. III, S. 353.)
— Sur le rôle de la femme comme auxiliaire du médecin dans le contrôle de l'élevage des enfants du premier âge. (La clinique infantile. 1. Oktober 1906.)
Variot et Thierry. La mortalité infantile dans le canton de Paimpol; étude comparée de la mortalité des nourrissons élevés par leur mère au sein ou au biberon dans quelques villages bretons. (La clinique infantile. 15. April 1905.)
Vidal E., A propos des consultations de nourrissons. (Bull. de l'Acad. de méd. 3. Juli 1906.)
Vivien, Six mois de pratique d'une consultation de nourrissons à la maternité de Vienne et de l'Isère. (L'obstétrique. 1905. Bd. X, S. 47.)
Weiß S., Milchverteilungsstelle. (Verhandlungen der pädiatrischen Sektion der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderkrankheiten in Wien. November 1905.)
— Milchkassenorganisation zur Förderung des Selbststillens. (Wiener klin. Wochenschr. 1905. Nr. 27.)
Weymeersch A., Maternité de Bruxelles. Résultats de la première année de fonctionnement de la consultation de nourrissons. (La pédiatrie prat. 1. Oktober 1906.)
— Résultats de la première année de fonctionnement de la consultation de nourrissons créé dans le service de M. Kufferath à la Maternité de Bruxelles. (Bull. Soc. belge de gyn. et obst. Bruxelles, 1906. Bd. XVII, S. 6.)
— Seconde année de fonctionnement de la consultation des nourrissons. (1905—1906.) (Clinique, Bd. XXI, S. 241. Bruxelles 1907.)
Wilderman, Les „Consultations de nourrissons", secours par l'Assistance publique. Société obstétricale de France. IX. Session. 3. bis 5. April 1902 in Paris. (L'obstétrique. Jahrg. VII, Nr. 3, S. 204.)
Zeleński G., Die künstliche und gemischte Ernährung der Säuglinge und die Gouttes de lait in Frankreich. (Przeglad lekarski. Nr. 8 u. 9.)
Zimmer K., Die Herabsetzung der Sterblichkeit der Haltekinder-Säuglinge durch Vermittlung einwandfreier Milch. (Die Krankenpflege. 1902—1903. Jahrg. II, H. 10, S. 915.)

Milchversorgung der Städte.

Arendt E., Zur Frage der Milchhygiene. (Vierteljahrsschr. f. Gesundheitspflege. Braunschweig 1906. Bd. XXXVIII, S. 734.)
Auerbach N., Kindermilch und hygienische Stallmolkereien. (Arch. f. Kinderh. 1905. Bd. XL, S. 261.)
Aust, Die gesundheitlichen Gefahren der Milchversorgung usw. (Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. 1903. Bd. XXXV, S. 727.)
Bell G., Die Milchversorgung großer Städte usw. (Deutsche Med. Ztg. 1906. Nr. 96 bis 98.)
Braun C., Milchfälschung und Milchkontrolle. (Sankt Petersburg. med. Woch. 1907. Bd. XXXII, S. 87.)
Brown C. W. M., Certified milk in small cities. (Journ. Americ. Med. Assoc. 16. Februar 1907.)
Camerer W., Zur Milchversorgung Stuttgarts. (Württ. med. Korr.-Bl. 1904.)
Cassel, Bericht über Versuche, Säuglinge mit einwandfreier Kuhmilch zu versorgen. (Arch. f. Kinderheilk. 1905. Bd. XLI, S. 259.)
Cleary G. F. Mc. The public supply of pure or specially prepared milk for the feeding of infants. (The Lancet. 1906. Nr. 4329. S. 422.)
Desfosses, La question du lait. Les laiteries aux États-Unis. (Rev. d'hyg. et de méd. sanit. Bd. V, S. 169; Presse méd. Bd. 1, S. 395.)
Deutsch E., Technische Einrichtungen zur Gewinnung guter Säuglingsmilch. (Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge. Bd. 1, Nr. 8 und 9.)
Dufour. Un projet de réglementation et de surveillance de la vente du lait en France. (Rev. philanthrop. Bd. X, S. 328.)
Dufour L., Exposé critique de la législation sur le contrôle de la production et de la vente du lait en France. (Ann. de méd. et chir. infant. Paris, 1907. Bd. XI, S. 365.)

Dunbar, Die gesundheitliche Überwachung des Verkehres mit Milch. (Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. Bd. XXXVI, S. 91.)
Engel C. S., Zur Beschaffung von billiger Säuglingsmilch in den Städten Preußens. (Zeitschr. f. Fleisch- u. Milchhygiene. Bd. XIV, S. 288.)
Faure J., Approvisionnement en lait de la ville de Paris. (Thèse de Paris, 1907.)
Fuchs Ph., Die Städteversorgung mit Milch und Säuglingsmilch. (Mannheim, 1908. Bensheimer.)
Girard und Bordas, Le lait et la mortalité infantile dans les principales villes de France. (Ann. d'hyg. Bd. XLVIII, S. 120.)
Goler, The influence of the municipal milk-supply upon the deaths of young children. (Amer. Medicine. 19. December 1903.)
Hesse E., Über den Einfluß der Milchkontrolle auf die Beschaffenheit der Milch in Graz. (Arch. f. Hygiene. Bd. LVI, S. 295.)
Keller A., Milchwirtschaftliches. (Monatschr. f. Kinderheilk. Juni 1907. Bd. VI, Nr. 3, S. 111.)
Kirchner G., Polizeiliche Milchrevision und ihre hygienische Bedeutung. (Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspflege. 1906. Bd. XXV, S. 149.)
Knauth C., Die städtische Milchzentrale. (Leipzig, 1906. M. Heinsius' Nachf.)
Koblansky, Le projet de réglementation des laiteries et du contrôle des étables et des vaches laitières à Kiew. (Compt. rend. soc. de pédiat. de Kiew. Bd. II, S. 125.)
Lemière L., Le lait, ses usages, ses qualités. Les dangers qu'il peut faire courir à la santé publique. (Pratique journalière. 1903. Bd. IX, S. 177.)
Martiny B., Zur Frage der polizeilichen Vorschriften über Vorzugsmilch. (Zeitschr. f. Fleisch- u. Milchhygiene. 1905. Bd. XV, S. 109.)
Messner, Über Milchkontrolle. (Zeitschr. f. Fleisch- u. Milchhygiene. Bd. XII, S. 125.)
Neumann H., Milchversorgung der Säuglinge. (Medizin. Reform. 1905. Nr. 49.)
v. Ohlen, Kindersterblichkeit und Milchversorgung. (Die Milch und ihre Bedeutung für Volkswirtschaft und Volksgesundheit. Hamburg, 1903.)
Plehn, Die Gewinnung und der Vertrieb hygienisch einwandfreier Milch. (Milchztg. 1903. Nr. 19, 20, 22, 24.)
Pröll, Die Milchversorgung unserer Großstädte unter Anlehnung an die Hamburger Milchausstellung 1903. (Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. Bd. XXXVI, S. 608.)
Raquet, Conditions d'hygiène à réaliser dans la production du lait. (Bruxelles, 1907. H. Lamertin.)
Reich E., Grundsätze, betreffend einheitlich gesetzliche Regelung des Verkehres mit Milch. (Berlin, 1904. G. Siemens.)
Reinsch A., Die gesetzliche Regelung des Milchverkehres in Deutschland. (Hamburg, 1902. C. Boysen.)
Reisinger L., Kindermilch. (Tierärztl. Zentralbl. 1904. Nr. 31.)
Rothschild H. de, Le lait à Copenhague. Rev. d'hyg. et de méd. infant. Bd. I, Nr. 6.)
Schloßmann A., Referat über Kindermilch in der Sektion für Kinderheilkunde auf der 76. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Breslau. 19. bis 21. September 1904.
Schumacher, Milchkontrolle unter Mitwirkung von Tierärzten. (Deutsche tierärztl. Wochenschr. 1903. Nr. 4, 5.)
Seiffert M., Die Versorgung der großen Städte mit Kindermilch. (Leipzig. Adolf Weigel.)
Seiffert, Referat über Kindermilch in der Sektion für Kinderheilkunde auf der 76. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Breslau. 18. bis 21. September 1904.
Siegert, Über die Aufgaben der Gemeinden im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit mit besonderer Berücksichtigung der Versorgung der Städte mit Säuglingsmilch. (Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspflege. 1906. Bd. XXV, S. 48.)
Sobelsohn, Über Milchkontrolle durch Tierärzte. (Tierärztl. Zentralbl. 1905. Nr. 2.)
Soxhlet, v., Hygienische Milchversorgung. (Molkereizeitung. Bd. XIII, S. 343.)
— Hygiene der Milchversorgung. (Südd. Monatsschr. Bd. I, S. 16.)

Speck B., Über Milchgewinnung und Milchversorgung. (Jahrbuch f. Kinderheilk. 1904. Bd. LIX, S. 87.)
— Die Prinzipien der städtischen Kindermilchversorgung. (Gesellschaft f. Kinderheilk. auf der LXXV. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Kassel. 21. bis 25. September 1903.)
Trommsdorff und Jakob, Ärztlich-hygienische Anforderungen an Musterstallungen für Milchproduktion. (München, M. Mayer.)
Trumpp, Versorgung der Städte mit Kindermilch. (Münchn. med. Wochenschr. 1904, Nr. 38, S. 1692.)
Wilhaven K., Die Milchversorgung von Heidelberg. (Heidelb. phil. Diss.)
Wyssmann E. und Peter A., Milchwirtschaft. (Frauenfeld, 1905. Huber und Co.)

V. Fürsorge für besonders gefährdete Säuglinge.

Barthès E., Dans quel sens faut-il réviser la loi Roussel? (Rev. philanthrop. Paris. 1906. Bd. XVIII, S. 534.)
— La législation des Enfants-Assistés. (Concours méd. Paris. 1906. Bd. XXVIII, S. 415.)
Berthod P., Les prescriptions de la loi Roussel et l'abandon des enfants par les filles — mères. (Journ. de méd. de Paris. 1905, Bd. XXV, S. 199.)
Bertillon J., De la mortalité des enfants protégés par la loi de 1874 et de celle des enfants assistés. (Rev. philanthrop. 1905. Bd. XVII, S. 1.)
Bruyère L., Projet de loi sur le service des enfants assistés; dispositions financières. (Revue philanthropique. 1904. Bd. XIV, S. 257.)
Budin P., Des nourrices sur lieu d'enfants. (Bull. de l'académ. de méd. Sitzung v. 3. März 1903.)
— Des nourrices sur lieu d'enfants. (L'obstétrique. 1903. Bd. VIII, S. 97.)
— Des nourrices sur lieu d'enfants. (L'obstétrique. 1905. Bd. X, S. 44.)
— A propos de l'article 8 de la loi Roussel. (L'obstétrique. 1905. Bd. X, S. 269.)
Cabibel, Enfants assistés, nourrices et syphilis. (Soc. franç. de prophyl. sanit. et morale. (Paris. 1905. Bd. V, S. 71.)
Chevillet, Les enfants assistés à travers l'histoire. (Paris und Nancy. 1903. Berger-Levrault et Cie.)
Collin A., L'inspection des enfants assistés de la Seine; ses origines, son fonctionnement dans le passé, son rôle dans l'avenir. (Rev. philanthrop. Paris. 1906. Bd. XX, S. 38.)
Cordier, Œuvre des enfants débiles indigents ou nécessiteux et des nourrissons en garde. (Ann. Policlin. centr. de Bruxelles. 1907. Bd. VII, S. 33.)
Diot, A propos de la réglementation des nourrices mercenaires. (Thèse de Paris, 1903.)
Effler, Die Organisation der Ziehkinderpflege. (Gesundheit. Nr. 18.)
— Bemerkungen zur Ziehkinderfürsorge. (Jahrb. f. Kinderheilk. 1904. Bd. LX, S. 526.)
— Die bisherigen Ergebnisse der im Jahre 1902 durchgeführten Organisation der Ziehkinderfürsorge in Danzig. (Sonderabdruck aus der „Gesundheit“, Leipzig, 1903.)
— V. Jahresbericht des städtischen Ziehkinderarztes. (Medizinische Reform. 1907, Nr. 15 und 16.)
Ferrari G. C., L'assistenza dei fanciulli deficienti in Italia. Il suo passato e il suo avvenire. (Riv. sperim. di freniatria. 1903. fasc. I und II.)
Finkelstein H. und Ballin L., Die Waisensäuglinge Berlins und ihre Verpflegung im städtischen Kinderasyl. Ein Beitrag zur Frage der Anstaltsbehandlung von Säuglingen. (Berlin und Wien, 1904, Urban und Schwarzenberg.)
Finkelstein H., Die Bedeutung städtischer Säuglingsasyle für die Herabsetzung der Sterblichkeit in der Waisenkostpflege. (Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge. 1906, Bd. I, Heft 1.)
Freund, Der städtische Kinderhort in den Jahren 1901 bis 1904. (Breslauer Gemeindeblatt. 1905. Jahrg. IV, Nr. 21.)
Gering, Foundling children in France. (Lancet. Bd. I, S. 541.)
Grassi E., Relazione generale per l'anno 1904 del Brefotrofio provinciale di Milano. (Milano. Società editrice „La Poligrafica“, 1905. S. 126.)

Janisch F., Die öffentliche Schwindfürsorge für die unehelichen Kinder. (Sonderabdruck aus der Zeitschr. f. Notariat und freiwillige Gerichtsbarkeit in Österreich. Wien und Leipzig, 1906.)

Korybut B. Daszkiewicz, Die geschichtliche Darstellung des Warschauer Baby-Findelhauses. (Medycyna, Nr. 43 etc.)

Krautwig, Über Säuglingsfürsorge, besonders über Haltekinderwesen. (Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspflege. 1904. Bd. XXIII, Heft 1 und 2.)

Latabinon, Protection légale de la première enfance. (Journ. d'accouch. de Liège. 15. August 1903.)

Laurent G., La loi Roussel. Les résultats. Les améliorations. (Thèse de Paris. 1903. La Tribune médicale. 23. Januar 1904.)

Lédé, Les modifications de la loi Roussel. (La Tribune médicale. 13. April 1907.)

Lemière, Du rôle de certaines assurances dans la mortalité infantile. (Journ. de sciences méd. Bd. XXVI, S. 272.)

Liané, La nourrice mariée ou [illegible] du nourrissage mercenaire. (Rev. d'hyg. et de méd. infant. Bd. I, S. 148.)

Lop, Essai de modification de la loi Roussel: une consultation de nourrissons. (Rev. philanthrop. Paris, 1906. Bd. XIX. S. 702, und L'obstétrique, Bd. VII, S. 264.)

Magnians, L'hygiène infantile et la loi Roussel. Les remplaçantes. (Rev. de méd. hyg. 1904. S. 62.)

Mangeray, Considérations sur la puériculture. Modifications à la loi Roussel de 1874 tendant à la création de crèches de l'État. (Rev. méd. de Normandie. Rouen 1907. Bd. I, S. 80 und 49.)

Mocquot, La loi Roussel et les consultations de nourrissons. (L'obstétrique. 1903. Bd. VIII, S. 229, und Progrès méd. 1903. Bd. XVII, S. 440.)

— La loi du 23 Décembre 1874 et des modifications à y apporter. (Le Progrès médical. 5. Januar 1907.)

— Des moyens de rendre facilement applicable la loi de la protection de l'enfance. (Progrès méd. 3e sér. Paris. 1907. Bd. XXIII, S. 118.)

Moncorvo F., Dos amas de leite no Brazil. (Brazil méd. Nr. 18.)

Monod, La mortalité des enfants mis en nourrice. (La Rev. philantrop. 15. Juni 1905.)

Neumann, Die jugendlichen Berliner unehelicher Herkunft. (Jahrbücher für Nationalökonomie. 1894. S. 526.)

— Die unehelichen Kinder in Berlin. (Jena. 1900.)

Oefele v., Ammenwesen vor 4000 Jahren. (Monatschr. f. Kinderheilk. 1903. Bd. II, S. 78.)

Pfeiffer, Die Not der außerehelichen Kinder. (Berlin, 1906.)

Pinard, La loi Roussel: observations. (Rev. prat. d'obstét. et de pédiat. November 1905.)

Porak, Fonctionnement de la loi Roussel. (Le Bulletin méd. 4. Juni 1904.)

Pütter E., Die Verheimlichung und Verschleppung von Säuglingen. (Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge. 1906. Bd. I, S. 13.)

— Das Ziehkinderwesen. (Schr. des Deutschen Vereines für Armenpflege und Wohltätigkeit. H. 59.)

Rhéon Charles, Les enfants abandonnés. (Thèse de Paris, 1903.)

Rochublave, De la loi Roussel et de sa révision. (Dauphiné méd. Bd. XXVI, S. 1.)

Rosenfeld S., Die Mehrsterblichkeit der unehelichen Kinder. (Jahrb. f. Kinderheilk. 1906. Bd. LXIII, S. 642.)

Rosenhaupt, Pflegekinderwesen und natürliche Ernährung. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 42. S. 1708.)

Royer Louis, De la protection des enfants assistés et moralement abandonnés. (Décret du 19 janvier 1811 et loi du 24 juillet 1889.) (Caen, 1905.)

Sarbona, Étude des mesures sanitaires résultant de l'application de la loi du 15./II. 1902. (Thèse de Paris, J. Rousset.)

Sorre E., Des modifications à apporter à la loi de protection des enfants du bas âge. (Loi Roussel.) (Thèse de Paris, 1903.)

Szalárdi M., Das Findelhauswesen in einigen Staaten Europas. (Arch. f. Kinderheilk. 1904. Bd. XXXIX, S. 255.)

Szana A., Die obligatorische staatliche Fürsorge für die der öffentlichen Versorgung bedürftigen Kinder in Ungarn. (Separatabdruck aus der Jugendfürsorge 1904, Nr. 6.)
— Über die Beaufsichtigung der in entgeltliche Außenpflege gegebenen Kinder, mit besonderer Berücksichtigung eines in Temesvár angewandten neuen Systems. (Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. Bd. XXXIV, H. 2.)
Taube, Das neue Kinderheim und die Fürsorge zum Schutze der unehelichen Kinder in Leipzig. (Bausteine, Monatsbl. f. innere Mission. Oktober 1903.)
— Der Schutz der unehelichen Kinder in Leipzig. (Ein Beitrag zur Fürsorge ohne Findelhäuser. Leipzig, 1893.)
— Die Leipziger Ziehkinderanstalt. (Verhandlungen des sächsischen Gemeindetages. 1898.)
— Das Haltekinderwesen. (Schr. der Zentralstelle für Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen. Nr. 17. Berlin, 1900.)
Tarcsányi E. und Engel S., Das italienische Findelwesen. (Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. 1903. Bd. XXXV, S. 782.)
Turquan S., La mortalité des enfants assistés. (Rev. philanthropique. Paris, 1906. Bd. XX, S. 10.)
Wittschieben O., Das Findelwesen in Steiermark. (Statistische Mitteilungen über Steiermark. H. 17. Graz, 1907.)

Berufsvormundschaft.

Cuno und Schmidt, Organisation der Gemeindewaisenpflege. (Schr. des Deutschen Vereines f. Armenpflege und Wohltätigkeit. H. 45. Leipzig, 1900.)
Diefenbach, Anwendung von § 361 des Strafgesetzbuches gegen den unehelichen Vater. (Referat auf dem zweiten Deutschen Berufsvormündertag. September 1907.)
Ebeling, Die Vormundschaft in der Hand von Gemeindeorganen. (Sächsischer Gemeindetag in Freiberg. 1892. (Schr. des Deutschen Vereines f. Armenpflege und Wohltätigkeit. H. 16. Leipzig, 1892.)
Friedeberg, Aufgaben der Berufspflegschaft. (Referat auf dem zweiten Deutschen Berufsvormündertag. September 1907.)
Galli, Das Leipziger Ziehkindersystem und die Generalvormundschaft. Die Jugendfürsorge. (Berlin, 1902, S. 231.)
Israel, Die Technik der Berufsvormundschaft des Kinderrettungsvereines. Berlin 1906.
Klumker, Über die Bedeutung der Berufsvormundschaft im besonderen für die Bekämpfung der Kindersterblichkeit in Deutschland. (Soziale Medizin und Hygiene. 1906. Bd. I.)
— Die Berufsvormundschaft in ihrer Bedeutung für die Jugendfürsorge. (Blätt. f. d. Württembergische Armenwesen. Juni—Juli 1906.)
— Die Berufsvormundschaft in Deutschland. (Zeitschr. f. Sozialwissenschaft. 1906. Bd. IX, 3, S. 145—159.)
— Vorberichte zur zweiten Tagung deutscher Berufsvormünder in Eisenach am 17. und 18. September 1907. (Dresden 1907. O. V. Böhmert.)
Klumker und Petersen, Berufsvormundschaft. (27. Jahresversammlung des Deutschen Vereines für Armenpflege und Wohltätigkeit. Sept. 1907.)
Klumker und Spann, Die Bedeutung der Berufsvormundschaft für den Schutz der unehelichen Kinder. (Denkschr. Dresden 1905.)
Kuhlmann, Generalvormundschaft und Einzelvormundschaft und die Fürsorge für die bevormundete und gefährdete Jugend in der Stadt Dortmund. (Charitas, 1906. Bd. XI, S. 163—167, 188—190.)
Langsdorff, Die Gemeinde- oder Generalvormundschaft. (Das Recht. 1904. S. 537—541.)
Ludwig und Wolff, Ausübung vormundschaftlicher Funktionen durch die Armenbehörden. (Schrift. des Deutsch. Ver. f. Armenpfl. u. Wohltätigkeit. Heft 16. Leipzig 1892.)
Merkt O., Besprechung über Berufsvormundschaft in „Blätter für administrative Praxis". (München 1906. Bd. LVI, 11/12, S. 393—425.)
Neuhaus, Die Aufgaben der Fürsorgevormünder. (Charitas. 1906. Bd. XI, 6/7, S. 129—141.)

Pallmann, Die gesetzliche Vormundschaft in Leipzig. (Jugendfürsorge. 1906. S. 538 bis 547.)
Petersen, Die Generalvormundschaft und der Schutz der unehelichen Kinder. (Arch. f. soz. Med. und Hyg. Leipzig 1905. Bd. II, S. 193.)
— Die Generalvormundschaft und der Schutz der unehelichen Kinder. (Archiv für soziale Medizin und Hygiene. 1906. Bd. II, 3., S. 194—207.)
Polligkeit, Die Bedeutung der Berufsvormundschaft im Kampfe gegen Verwahrlosung und Verbrechen. (Monatsschrift f. Kriminalpsychologie u. Strafrechtsreform. 1906. Bd. III, S. 210—217.)
— Beweis- und Verteidigungsmittel bei Feststellung der Unterhaltungspflicht des unehelichen Vaters. (Referat auf dem zweiten Deutschen Berufsvormündertag. September 1907.)
Schäfer, Kollision zwischen den Rechten des Vormundes und der Mutter des unehelichen Kindes. (Das Recht. 1903. S. 394.)
Schiller F., Die Generalvormundschaft. („Die Selbstverwaltung." 1905. Nr. 51, S. 915—918.)
Schwander, Gemeindewaisenpflege und Generalvormundschaft in Straßburg i. E. (Jugendfürsorge. 1905. Bd. VI, 9., S. 529—550.)
Siegfried Krauß, Die Berufsvormundschaft als Schutzorgan für die unehelichen Kinder. (Mutterschutz. 2. Jahrg. 1906. S. 237—242.)
Spann O., Die Stiefvaterfamilie unehelichen Ursprungs. Mit einem Nachwort über die Bedeutung der Berufsvormundschaft von Klumker. Berlin 1904.
— Über die Aufgaben und die Bedeutung der Berufsvormundschaft für uneheliche Kinder. (Soziale Praxis. 1904. Bd. XIV, S. 7.)
— Die unehelichen Geburten von Frankfurt a. M. (Zeitschr. f. Sozialwissenschaft. 1904. Bd. VII.)
— Untersuchungen über die uneheliche Bevölkerung in Frankfurt a. M. (Probleme der Fürsorge. Dresden 1905. Bd. II.)
Tepelmann, Kollektiv-Berufsvormundschaft für uneheliche Kinder. (Halle. Jugendfürsorge. 1907. Bd. VIII, 6., S. 361—372.)
Thoma, Die Armenvormundschaft. (Bad. Verwalt.-Zeitschr. 36/21. 1904.)
Zur Frage der Berufsvormundschaft. Bericht über die erste Beratung Deutscher Berufsvormünder zu Frankfurt a. M. 27./28. April 1906. Dresden 1906.
Bericht der städt. Generalvormünder über das erste Jahr des Bestehens der Generalvormundschaft in Breslau 1901/02. (Jugendfürsorge, 1903. S. 673.)



Die Stadtgemeinde im Dienste der Säuglingsfürsorge.

Von Stadtrat Lindemann in Magdeburg.

Einleitung.

Gewaltig sind die Fortschritte, die in den letzten 30 Jahren auf allen Gebieten der öffentlichen Wohlfahrtspflege gemacht sind. Mit berechtigtem Stolz können die deutschen Städte bekennen, daß sie in opferfreudigster Weise alle Zeit bereit gewesen sind und sind, die Errungenschaften der Forschung und Technik für ihre Einwohnerschaft und damit für weite Kreise der Bevölkerung des deutschen Vaterlandes nutzbar zu machen. Die Einrichtungen für die Wasserversorgung und die Entwässerung, die Krankenanstalten mit den Genesungs- und Erholungsheimen aller Art, die Schulbauten und vieles andere sind sichtbare Beweise hierfür. Aber so viel auch geschehen ist, es ist alles oder doch im wesentlichen immer nur eine Fürsorge für den Menschen, der die ersten Lebensjahre zurückgelegt hat. Für die Kinder aber im jugendlichen Alter, in dem sie ganz besonderen Gefahren ausgesetzt sind, ist bisher recht wenig getan. Nicht bloß von den Städten; auch der Staat und die private Liebestätigkeit haben sich hier bisher in auffallender Weise zurückgehalten. Wer da geglaubt haben mag, daß für die Kinder im zartesten Alter die Mutter, die Familie allein zu sorgen könne und sorge, daß eine Fürsorge der Allgemeinheit keinen Platz finde, der ist durch die Ergebnisse der neueren Forschungen über die Säuglingssterblichkeit eines andern belehrt worden. So wenig erfreulich diese Ergebnisse gerade für unsere Zeit mit ihrem lebhaften sozialen Empfinden auch sind, so notwendig ist es gewesen, die Mißstände, die hier herrschen, aufzudecken. Nachdem man einmal erkannt hat, daß für die Kinder von der Geburt an, ja schon in der letzten Zeit vor der Geburt im allgemeinen Interesse unseres Volkes zur Beseitigung der gefundenen schweren Schäden etwas geschehen muß, nachdem der Wille erwacht ist, hier Abhilfe zu schaffen, wird es auch gelingen, den Feind, der so lange uns im Verborgenen unermeßliche Verluste zugefügt hat, niederzukämpfen. Der Dank des ganzen Volkes gebührt allen denen und nicht zum wenigsten unseren Ärzten, die unermüdlich tätig gewesen sind, um der Allgemeinheit über den Umfang und die Gefährlichkeit der Säuglingssterblichkeit die Augen zu öffnen, um uns Mittel und Wege zu zeigen, wie wir auch hier praktische Sozialpolitik treiben können.

Umfang und Ursachen der Säuglingssterblichkeit.

Um ein Bild davon zu geben, wie groß die Zahl der Kinder ist, welche noch vor dem vollendeten ersten Lebensjahre sterben, füge ich im Anhange 5 vom statistischen Amt der Stadt Magdeburg aufgestellte Tabellen über die Sterblichkeit der Kinder dieses Lebensalters in Magdeburg bei. Ähnlich wie hier liegen die Verhältnisse in den meisten größeren Städten. Gewiß üben mancherlei örtliche Zustände einen nicht unerheblichen Einfluß auf die Säuglingssterblichkeit aus; aber die Hauptergebnisse, die aus diesen statistischen Nachweisen zu folgern sind, treffen im großen und ganzen überall zu. Die enorme Sterblichkeit unter den unehelichen Kindern, das gewaltige Anschwellen der Todesfälle in den Monaten Juli, August und September und die große Zahl der im ersten und zweiten Lebensmonat dahingerafften Kinder sind Erscheinungen, die bei allen Ermittlungen auf diesem Gebiete immer wieder beobachtet werden. Man wird dies im Auge behalten müssen, wenn man seine Hilfsmaßregeln richtig ergreifen und anwenden will.

Daß die Säuglingssterblichkeit eine sehr große in Deutschland ist, steht fest. Wenn man diese Tatsache früher häufig mit der Bemerkung entschuldigen zu können glaubte, daß bei hoher Säuglingssterblichkeit die Bevölkerung widerstandsfähiger und gesünder werde, weil die nicht mit fester Gesundheit ausgestatteten Neugeborenen frühzeitig hinweggerafft würden, daß deshalb hier besondere Maßnahmen zu ergreifen nicht notwendig sei, so ist heute das Unrichtige solcher Behauptung längst nachgewiesen. Die Lehre von der „natürlichen Auslese“ trifft hier nicht zu und mit ihr kann man heutzutage die Frage, wie man sich gegenüber der großen Säuglingssterblichkeit verhalten solle, nicht mehr abtun. Diese Frage gewinnt vielmehr bei der von Jahr zu Jahr fortschreitenden Abnahme der Geburten eine immer größere Bedeutung, nicht bloß vom rein menschlichen Standpunkte aus, sondern auch im wirtschaftlichen und schließlich auch im nationalen Interesse.

Will man aber mit einiger Aussicht auf Erfolg Mittel zur Bekämpfung der so erschreckend großen Säuglingssterblichkeit anwenden, muß man zunächst über ihre Ursachen sich klar werden.

Es mag für den Zweck dieser Ausführungen genügen, darauf hinzuweisen, daß 1. unter allen Säuglingen die künstlich ernährten die meist gefährdeten sind, und daß 2. im übrigen die Säuglinge von Müttern, die in ungünstigen wirtschaftlichen Verhältnissen leben, den wesentlichsten Anteil an der hohen Sterblichkeitsziffer haben.

Die ärztliche Wissenschaft hat nachgewiesen, daß die Darreichung der natürlichen Nahrung aus der Mutterbrust das Kind am besten in seiner ganzen Entwicklung fördert, am meisten zu seiner Widerstandsfähigkeit gegen Krankheiten der verschiedensten Art und besonders gegen die schlimmsten Feinde des Säuglings, die Magen- und Darmerkrankungen beiträgt. Die Statistik hat dargetan, daß die weit überwiegende Mehrheit aller Sterbefälle im Säuglingsalter auf künstlich ernährte Säuglinge entfällt, und zwar so, daß die mit anderen künstlichen Nahrungsmitteln und

Zusätzen als Tiermilch ernährten Kinder wieder den höchsten Prozentsatz beisteuern. Diesen Tatsachen gegenüber muß es doppelt befremdlich erscheinen, daß die natürliche Ernährung der Kinder immer mehr zurückgeht, die künstliche Ernährung immer mehr überhand nimmt. Die Erklärung hierfür ist nur bei wenigen Müttern in der physischen Unfähigkeit zum Stillen zu finden; bei vielen sind Erwägungen aus dem Gebiete persönlicher Eitelkeit, bei anderen Leichtfertigkeit und Unkenntnis, bei anderen falsche Belehrungen durch unverständige und unkundige Berater, bei sehr vielen aber die wirtschaftlichen Verhältnisse, die die Mutter bald nach der Geburt zur Wiederaufnahme der Arbeit zwingen, ausschlaggebend, um dem Neugeborenen sein Recht auf die ihm von der Natur bestimmte Nahrung zu entziehen.

Damit wird schon der andere wichtige Grund berührt, aus dem die hohe Säuglingssterblichkeit zu erklären ist, die soziale Notlage vieler Mütter. Solange die Mutter aus Sorge um das tägliche Brot gezwungen ist, unmittelbar bis zur Entbindung hart zu arbeiten, so lange wird man eine erhebliche Gefährdung des zu erwartenden Erdenbürgers nicht vermeiden können. Und so lange die Ungunst der wirtschaftlichen Verhältnisse vielen Müttern es nicht ermöglicht, in einer Umgebung, die auch nur den bescheidensten Anforderungen der Hygiene entspricht, ihr Wochenbett zu halten, so lange vielen Müttern die Kenntnisse und die Mittel fehlen, nach der Entbindung sich und ihrem Kinde die Wartung, Nahrung und Pflege zuteil werden zu lassen, die im Interesse der Gesunderhaltung von Mutter und Kind unbedingt gefordert werden müssen, solange wird man leider immer noch mit der Wahrscheinlichkeit rechnen müssen, daß weit über das natürliche Maß hinaus der Tod unter den Neugeborenen seine reiche Ernte hält. So großes Gewicht auf die natürliche Ernährung der Säuglinge gelegt werden muß, so genügt diese allein nicht zum guten Gedeihen der Kinder. Eine nicht minder wichtige Rolle spielt hierbei die zweckentsprechende Wartung und Pflege der Neugeborenen. Diese zu gewähren, erfordert das richtige Verständnis dessen, was dem Pflegling frommt. Und wenn hier auch bis weit in die Kreise der „Bessergestellten" hinein noch vieles im Argen liegt, so ist der Mangel dieses Verständnisses bei den wirtschaftlich Schwachen doppelt gefährlich, weil bei ihnen gleichzeitig noch andere Umstände hinzutreten, die die Gewährung richtiger Wartung, guter Pflege noch schwerer machen. Ungünstige Wohnungsverhältnisse, schlechte Lagerstellen, Mangel an Luft und Licht und namentlich die oft zu früh nach der Geburt notwendig werdende Tätigkeit der Mutter im Erwerbsleben tragen wesentlich dazu bei, daß dem Kinde nicht sein Recht wird. All diese Verhältnisse werden aber in dem Augenblick doppelt gefahrvoll, wenn die Mutter, sei es aus welchem Grunde, zur künstlichen Ernährung übergeht. Denn soll diese Ernährungsweise möglichst wenig ungünstige Wirkungen hervorrufen, so erfordert sie ein besonders sorgfältig gewonnenes Nahrungsmittel — das zu beschaffen, reicht der Verdienst nicht aus — und eine besonders sorgfältige Behandlung dieses Nahrungsmittels im Hause — diese zu leisten, fehlt

es häufig an ausreichenden Einrichtungen, noch häufiger aber an den notwendigen Kenntnissen. Bedenkt man ferner, daß gerade in den ärmeren Kreisen viel Neigung besteht, die Kinder zu überfüttern, zu überfüttern mit einer Nahrung, die weder an sich gut ist noch gut behandelt ist, erwägt man weiter, daß gerade in diesen Kreisen bei Erkrankungen von Säuglingen, die meist durch unrichtige, durch schlechte und durch zu viel gewährte Nahrung hervorgerufen oder doch befördert werden, die Zuziehung des Arztes meist ganz unterbleibt oder erst dann erfolgt, wenn alle Hausmittel oder Ratschläge schlechter Berater nichts genutzt, aber viel geschadet haben, kurz wenn es zu spät ist, berücksichtigt man endlich, daß nur zu häufig die Anordnungen des Arztes höchst mangelhaft ausgeführt werden, so wird man zugeben müssen, daß die wirtschaftlichen Verhältnisse, unter denen das Kind geboren wird und heranwächst, einen ganz außerordentlichen Einfluß auf sein Gedeihen, auf die Erhaltung und Stärkung seiner Gesundheit ausüben. Eine traurige Bestätigung hierfür ist aus der oben bereits erwähnten Tatsache zu entnehmen, daß unter den unehelichen Kindern, bei denen fast durchweg alle vorstehend aufgeführten Umstände besonders scharf sich bemerkbar machen, die Sterblichkeit eine wesentlich größere ist als unter den ehelichen.

Die Mitwirkung des Staates und der Privatpersonen bei der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit.

Diese skizzenhafte Darstellung der wichtigsten Gründe, auf die die hohe Säuglingssterblichkeit zurückzuführen ist, überzeugt ohne weiteres davon, daß es ein Allheilmittel gegen dieses am Mark des Volkes zehrende Übel nicht gibt. Wie die Ursachen viele und verschiedene sind, sind auch die Mittel viele und verschiedene, die gemeinsam anzuwenden sind, um den unleugbar bestehenden Notstand zu heben. Staat und Gemeinde haben in erster Linie die Pflicht, hier helfend einzugreifen. Materielle Hilfe in verschiedener Form, Aufklärung und Belehrung müssen diese vornehmsten Träger der Verantwortung für des Volkes Wohl und Wehe gewähren, um lange Versäumtes nachzuholen, um die großen Schäden, die bisher schon eingetreten sind, auszumerzen und für die Zukunft nach Möglichkeit zu verhüten. Daneben ist die Mitwirkung des einzelnen und die werktätige Hilfe der privaten Liebestätigkeit auch auf diesem Gebiete wichtiger und weit ausschauender sozialer Fürsorge erforderlich, um den Sieg auf der ganzen Linie zu erringen.

Weil aber Staat, Gemeinde und Private, jeder zu seinem Teile, hier zusammenwirken sollen, muß ich, obgleich diese Ausführungen hauptsächlich die Tätigkeit der Stadtgemeinden erörtern sollen, mit einigen Worten auf die Forderungen, die an den Staat, an die private Wohltätigkeit zu stellen sind, eingehen.

Die Pflicht des Staates, am Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit teilzunehmen, ergibt sich allgemein aus seiner Aufgabe, Wohlfahrtsbestrebungen, die dem ganzen Volke zugute kommen, durch zweckmäßige

Ausgestaltung seiner Gesetzgebung, nach Lage der Sache auch durch Bereitstellung von Geldmitteln zu fördern. Aber auch abgesehen hiervon kommt der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit eine so außerordentliche Bedeutung im volkswirtschaftlichen und nationalen Sinne zu, daß allein schon deshalb der Staat nicht müßig zur Seite stehen darf.

Wie aber kann der Staat helfen? Die Antwort lautet zunächst: durch Ausbau der Arbeiterschutz-, insbesondere der Krankenversicherungsgesetzgebung. Im Interesse unserer Bestrebungen muß gefordert werden, daß die schon bestehende Gesetzgebung ausgedehnt wird auf die Dienstboten, Heimarbeiter und Hausindustriellen, nach Möglichkeit auch auf die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter. Damit wird erreicht, daß einem großen Teile der Mütter aus den Kreisen, in denen die Säuglingssterblichkeit besonders groß ist, die Wöchnerinnenunterstützung neben den sonstigen Wohltaten des Gesetzes zuteil wird. Dann aber ist eine andere Forderung nicht zu umgehen, wenn ihre Erfüllung wegen der Höhe der aufzuwendenden Mittel zunächst auch auf große Schwierigkeiten stoßen mag. Wenn man berücksichtigt, wie notwendig es ist, den Schwangeren vor der Entbindung eine Ruhezeit zu gönnen, wie viele aus den Kreisen der weniger Bemittelten dies aber nicht können, wie viele deshalb unter Gefährdung ihrer und des Kindes Gesundheit bis kurz vor der Niederkunft arbeiten und schaffen müssen, wird man dazu gedrängt, entsprechend der Wöchnerinnenunterstützung die Schwangerschaftsunterstützung als Pflichtleistung der Krankenkassen zu fordern. Mit Rücksicht auf die erhebliche Belastung der einzelnen Kassen durch solche Erweiterung ihrer Leistungen, zu denen auch die Gewährung freier ärztlicher Behandlung beziehungsweise freier Hilfe durch Hebammen bei Schwangerschaftsbeschwerden tritt, mag es für den Anfang ausreichen, die Frist auf 4 Wochen vor der Geburt und die Unterstützung auf die Höhe des üblichen Krankengeldes zu bemessen. Ein Zuvielfordern kann wegen der gewaltigen Mittel, die aufzuwenden sind, leicht zur Ablehnung des Ganzen führen. Um welche Summen es sich bei einer weit ausgedehnten Mutterschutzgesetzgebung handelt, kann man aus der Petition des Bundes für Mutterschutz vom Juni 1907 an das Reichsamt des Innern ersehen, in der die Kosten auf 280·7 Millionen berechnet sind. Wenn dabei bemerkt wird, dieser Gesamtbedarf sei aber nicht Mehrbedarf, denn gegenwärtig würden schon 4·3 Millionen Unterstützung der geforderten Art gewährt, so macht dieses Sümmchen wenig aus und der errechnete Mehrbedarf von 276·4 Millionen verliert an seiner für absehbare Zeit wohl unerschwinglichen Höhe recht wenig. Erreichbar ist — auch aus anderen, hier nicht interessierenden Gründen — die Ausdehnung der Versicherungspflicht auf die oben angegebenen Klassen der arbeitenden Frauen. Damit ist auch für unsere Bestrebungen wieder ein Schritt vorwärts getan. Erreichbar — wenn auch vielleicht zunächst auf dem Umwege der größeren zeitlichen Beschränkung — wird auch die Schwangerschaftsunterstützung in Höhe des Krankengeldes sein. Das wird einen ferneren erheblichen Fortschritt bedeuten.

Auf ganz anderem Gebiet kann der Staat aber ebenfalls durch zweckmäßige Ausgestaltung seiner Gesetzgebung die Bestrebungen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit fördern. Es wird weiter unten dargelegt, daß eine Überwachung aller Ziehkinder durch Arzt und Pflegerin notwendig ist. Unter Ziehkinder werden dabei die bei fremden Leuten gegen Entgelt untergebrachten, sämtliche unehelichen Kinder und die Kinder von Stadtarmen verstanden. So wichtig diese Überwachung ist, so schwer ist sie in vollem Umfange zu erreichen, weil der Gemeinde jegliche Zwangsmittel fehlen. Die polizeilichen Bestimmungen für die Ziehkinder im engeren Sinn reichen nicht aus; hauptsächlich handelt es sich um die Heranziehung der unehelichen Kinder. Und wenn auch gut geschulte Pflegerinnen viele Mütter veranlassen werden, in die Beratungsstunden zu kommen, den Anordnungen des Arztes und der Pflegerin Folge zu leisten, gerade die schlechten Mütter, denen die Aufsicht im Interesse der Kinder am nötigsten ist, werden sich der Aufsicht entziehen. Und auch jene anderen Mütter werden oft genug aus den verschiedensten Anlässen den Bestrebungen der Ziehkinderaufsicht Widerstand entgegensetzen. Hier ist es dringend erforderlich, daß der Staat den Gemeinden die Möglichkeit gibt, durch Ortssatzung oder im Wege der Polizeiverordnung das Ziehkinderwesen in dem Umfange zu regeln, wie es im öffentlichen Interesse zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit nötig ist und die zur Durchführung dieser Aufsicht erforderlichen Zwangsmittel anzuwenden.

Neben dieser Hilfe mittels der Gesetzgebung ist es meines Erachtens kein unbilliges Verlangen, von dem Staat, gerade weil es sich um Maßnahmen im allgemeinen, also in seinem ureigensten Interesse handelt, die Bereitstellung von Geldmitteln für die in Rede stehenden Zwecke zu fordern. Die Erwägung, daß die Tätigkeit der Gemeinden auf diesem Gebiete nur dann Zweck hat, wenn sie über den Rahmen der Armenunterstützung, also die eigentliche Domäne der gemeindlichen Fürsorge hinausgeht, daß wenn sie dies tut, recht erhebliche Mittel aufzuwenden sind, bringt mich dazu, die Gewährung eines Staatszuschusses an die Gemeinden, welche bestimmte Mindesteinrichtungen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit getroffen haben und erhalten, zu empfehlen. Andererseits darf aber an die Bewilligung eines solchen Zuschusses nicht wieder ein solcher Ballast von Bedingungen geknüpft werden, daß damit die freie Betätigung der gemeindlichen Fürsorge gehemmt wird.

Eine andere Hilfe kann der Staat durch die Gewährung von Darlehen unter günstigen Bedingungen an solche Vereine leisten, die durch Errichtung von Säuglingsheimen, Wöchnerinnenasylen und ähnlichen Anstalten der Säuglingsfürsorge große Dienste erweisen.

Hinweisen will ich wenigstens auch darauf, daß der Staat für die Ausbildung von Wochenpflegerinnen etwa durch Angliederung von zweckentsprechenden Kursen an die staatlichen Entbindungsanstalten mehr tun kann als bisher. Und auch bei der Ausbildung der Hebammen kann durch staatliche Anordnung dafür gesorgt werden, daß sie in der Säuglings-

pflege mit besseren Kenntnissen ausgerüstet werden und daß sie ihren tatsächlich bestehenden Einfluß auf die Mütter aus weiten Kreisen im Interesse der Förderung der Brusternährung und nicht zur Empfehlung künstlicher Ernährung mit allerlei erprobten oder nicht erprobten Erzeugnissen der modernen Industrie ausnutzen.

Neben der Hilfe des Staates ist die Mitwirkung der privaten Wohltätigkeit nicht zu entbehren. Wie oben bereits dargetan, hat die Abnahme der natürlichen Ernährung einen erheblichen Einfluß auf die hohe Sterblichkeitsziffer der Säuglinge. Es ist auch weiter erwähnt, daß hieran bei vielen Müttern der arbeitenden Klassen ihre wirtschaftliche Notlage schuld ist, die sie zwingt, bald nach der Entbindung wieder auf Arbeit zu gehen, was wieder nach Lage der Verhältnisse die Einstellung ihrer Stilltätigkeit meistens mit sich bringt. Gerade die Bestrebungen zur Förderung der Brusternährung können nun wesentlich durch Private unterstützt werden. Ich denke an alle die Industriezweige, welche Frauen in größerer Anzahl beschäftigen. Wenn solche Unternehmungen sich entschließen, für die bei ihnen beschäftigten Mütter in der Nähe der Arbeitsstätte einfach und sauber eingerichtete Räume zu schaffen, in denen ihnen die Möglichkeit gegeben wird, die Säuglinge während der Arbeitszeit unterzubringen oder wenigstens zu stillen, so tun sie damit ein Liebeswerk, für das die Mütter, für das die Allgemeinheit ihnen zu großem Dank verpflichtet wird. Allerdings wird bei Einrichtung solcher Stillkrippen zu fordern sein, daß den Müttern für die Zeit, die sie zur Ernährung des Kindes notwendig brauchen, ein Lohnabzug nicht gemacht wird. Unter ärztlichem Beirat lassen sich hier leicht allgemein einzuhaltende Vorschriften über Zahl und Zeitdauer der Stillpausen treffen, die eine nennenswerte Störung des Betriebes vermeiden. In Städten, in welchen Frauen in größerer Anzahl in der Industrie beschäftigt sind, tragen erfahrungsmäßig die Kinder von Müttern aus diesen Kreisen einen nicht unbeträchtlichen Teil zur hohen Sterblichkeitsziffer der Säuglinge bei. Die Errichtung von Stillkrippen wird da mit Sicherheit einen günstigen Einfluß ausüben, ganz zu schweigen von der indirekten Förderung aller sonstigen zur Vermehrung der Brusternährung getroffenen Maßnahmen.

Daneben bietet sich der privaten Wohltätigkeit bei Errichtung von Wöchnerinnen-, Mütter-, Säuglingsheimen und ähnlichen Anstalten ein weites Feld dankbarer Arbeit. Ich halte es weder für durchführbar noch für wünschenswert, daß solche für den Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit notwendigen Unternehmungen allein von der Gemeinde oder vom Staat ins Leben gerufen werden. Gerade um das Interesse weitester Kreise für unsere Bestrebungen dauernd wachzuhalten, empfiehlt es sich, daß wenn auch mit Unterstützung von Staat oder Stadt hier der privaten Initiative möglichst viel Spielraum gegeben wird. Auch die Tatsache, daß private Anstalten dieser Art im allgemeinen billiger arbeiten als öffentliche, mehr Bewegungsfreiheit haben wie diese, kommt nicht unwesentlich in Betracht. Mit Freude ist festzustellen, daß sich gerade in neuester Zeit überall in unseren Städten auf diesem Gebiete viel versprechende Anfänge finden.

Möge es gelingen, das Angefangene gut hinauszuführen und in enger Verbindung mit den Bestrebungen der Gemeinde zum allgemeinen Besten auszugestalten!

Die Städtische Säuglingsfürsorge.

I. Allgemeines.

Wenn nun auch zuzugeben ist, daß erst dann die Säuglingssterblichkeit auf das normale Maß herabgedrückt werden kann, wenn der Staat in der angedeuteten Weise vorgeht und den von der Gemeinde ergriffenen oder zu ergreifenden Maßnahmen zu stärkerer Wirkung verhilft, so kann doch die Gemeinde auf bestimmten Gebieten allein vorgehen und mit einigermaßen sicherer Aussicht auf Erfolg Gutes anstreben. Solches Vorgehen ist aber auch deshalb notwendig, um den Bestrebungen der privaten Wohltätigkeit einen sicheren Rückhalt zu geben und sie immer wieder und immer mehr anzuregen, daß sie in geordnetem Zusammenwirken mit der Gemeinde deren Tätigkeit unterstützt, ergänzt und erweitert. Der Erfolg der gemeindlichen Fürsorge wird einmal ein unmittelbarer sein bei den Kreisen, für die diese Fürsorge eintritt, dann aber auch ein mittelbarer, weil durch diese Bestrebungen weitere Kreise aufgerüttelt und aufgefordert werden, selbst das zu tun, was bei jenen andern die Gemeinde tut und fördert.

Ich beschränke mich darauf, im folgenden Vorschläge zu machen, in welcher Weise die Stadtgemeinde im Dienste der Säuglingsfürsorge tätig sein kann. Nicht als ob ich meine, außerhalb der Städte und besonders der Großstädte gäbe es keine übermäßige Säuglingssterblichkeit; die Statistik lehrt uns leider das Gegenteil. Sondern weil es in den Städten am leichtesten sein wird, eine planmäßige Fürsorge ins Leben zu rufen. Haben die Städte und namentlich die Großstädte erst den Beweis erbracht, daß und mit welchen Mitteln dem Würgengel der Säuglinge das traurige Handwerk gelegt werden kann, wird es nicht schwer fallen, die hier gesammelten Erfahrungen in kleinen Gemeinden und auf dem Lande in sinnentsprechender Weise zu verwerten.

Ich verkenne keineswegs, daß es nicht ganz leicht ist, den Städten praktische Vorschläge zu unterbreiten. Hin und her sind Versuche der verschiedensten Art unternommen; hier hat man Vollmilch verschenkt, dort hat man kostspielige Milchküchen ins Leben gerufen, hier baut man Säuglingsheime, dort ordnet man die Ziehkinderaufsicht. Und der Erfolg? Trotz der verhältnismäßig großen aufgewandten Mittel ist von einem wirklichen, durchschlagenden und beweiskräftigen Ergebnis nichts oder recht wenig zu spüren. Allerdings bekommt man wohl hie und da Berichte mit den statistischen Nachweisen zu sehen, daß diese oder jene Einrichtung für die behandelten Säuglinge bezüglich der Sterblichkeit außerordentlich günstig abgeschnitten hätte. Allein mit solchen Berichten muß man doch sehr vorsichtig sein; so wichtig die statistische Wissenschaft ist, so schwer ist es für sie, alle für das Ergebnis aus den ermittelten Zahlenreihen

maßgebenden Tatsachen und Verhältnisse zu ermitteln und zu erfassen. Sachverständige wissen, daß es sehr leicht ist, z. B. für ein Säuglingsheim eine beneidenswert geringe Sterblichkeit zu erzielen, daß es ebenso leicht möglich ist, bei veränderten Grundsätzen bei Aufnahme und Entlassung bei derselben Anstalt in sehr kurzer Zeit dies Ergebnis ins Gegenteil zu verkehren. Ich meine, man wird erst dann über den Erfolg oder Mißerfolg irgendwelcher Säuglingsfürsorge ein Urteil abgeben können, wenn bei unveränderter Handhabung der getroffenen Maßnahmen allein darauf geachtet wird, ob das Gesamtergebnis der Säuglingssterblichkeit ein besseres oder schlechteres geworden oder unverändert geblieben ist und wenn diese Beobachtung auf einen mehrjährigen Zeitraum sich erstreckt.

Von dieser Erwägung aus kann es nur empfohlen werden, daß z. B. diejenigen Städte, die städtische Milchküchen haben, diese beibehalten, um im allgemeinen Interesse den Nachweis zu erbringen, ob und eventuell unter welchen Verhältnissen diese Einrichtungen ein wirksames Kampfmittel sind. Gerade die mangelnde Erfahrung, wie man gegen die Säuglingssterblichkeit vorgehen soll, läßt es höchst wünschenswert erscheinen, daß verschiedene Städte verschiedene Einrichtungen treffen, um aus dem Gesamtergebnis schließlich ein maßgebendes Urteil sich verschaffen zu können. Aber anderseits wird keine Stadt sich dagegen verschließen können, daß, wie ich im Eingang darzulegen versucht habe, die Säuglingssterblichkeit auf verschiedenen Gründen beruht, daß deshalb nicht [daß] ein Mittel, sondern verschiedene Mittel anzuwenden sind, um ihrer Herr zu werden. Es wird daher für jede Stadt, die den Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit aufnehmen will, zu fordern sein, daß sie entsprechend den Gründen, aus denen die übergroße Sterblichkeit herzuleiten ist, ihre Vorkehrungen trifft und daß diese Vorkehrungen unter sich sämtlich in organischen Zusammenhang gebracht werden.

Mit Rücksicht auf meine oben gegebenen Ausführungen halte ich es für notwendig, daß die städtische Säuglingsfürsorge sich darauf erstrecken muß, unter Aufwendung städtischer Mittel

1. Einrichtungen zur Förderung der Brusternährung zu treffen;

2. die Anschaffung guter Kuhmilch für die künstliche Ernährung zu ermöglichen;

3. eine ärztliche und pflegerische Überwachung der durch die Ungunst der sozialen Verhältnisse der Mütter meist gefährdeten Kinder durchzuführen.

Das ist das Mindestmaß, was zu tun ist. Und diese Maßnahmen müssen meines Erachtens gleichzeitig ergriffen werden, will man nicht von vorn herein nur halbe Arbeit leisten.

Bevor ich aber in die Erörterung eintrete, wie ich mir die praktische Durchführung dieser Vorschläge denke, schicke ich noch zwei Bemerkungen vorweg.

1. Zunächst muß jeder Hilfe, die die Stadt auf diesem Gebiete leistet, der Charakter der armenrechtlichen Unterstützung genommen

werden, so daß den Empfängern solcher Leistungen nicht ohne weiteres die Stellung eines Stadtarmen gegeben wird, vor allem ihnen keine Schmälerung ihrer staatsbürgerlichen Rechte droht.

2. Sodann wird der Kreis zu begrenzen sein, auf den sich die Fürsorge der Stadt zu erstrecken hat. Dies ist notwendig, um die Wirkung der getroffenen Einrichtungen besser überwachen zu können und vor allem deshalb, um nicht die Mittel, die aufzuwenden sind, allzusehr anschwellen zu lassen. Es ist nach den bisher gemachten Erfahrungen so gut wie unmöglich, mit einiger Sicherheit die für eine zweckmäßig durchgeführte städtische Säuglingsfürsorge erforderlichen Mittel zu berechnen. Andererseits muß es unter allen Umständen vermieden werden, einmal getroffene Einrichtungen nur deshalb wieder aufzugeben, weil sie die Finanzen der Stadt zu stark in Anspruch nehmen. Deshalb ist Vorsicht sehr geboten und es kann nur empfohlen werden, den Kreis zu Anfang nicht zu weit zu greifen. Ist erst ein Überblick über die erforderlichen Mittel gewonnen und ist erst ein Erfolg erzielt, wird es leicht sein, die Fürsorge in dieser oder jener Hinsicht weiter auszudehnen.

Ich halte es zunächst für ausreichend, aber auch für notwendig, die städtische Fürsorge für die unehelichen Kinder, die Ziehkinder im engeren Sinne und für *die* Kinder eintreten zu lassen, deren Eltern beziehungsweise Mütter laufende Armenunterstützung erhalten. Da aber bei diesen Kindern nach Lage der wirtschaftlichen Verhältnisse ihrer Mütter eine Förderung der Brusternährung nur in beschränktem Maße zu erreichen sein wird, empfiehlt es sich, mit den Bestrebungen in dieser Richtung weiter zu gehen und sie auszudehnen auf alle die Kreise, die, wenn auch nicht gerade in ungünstigen, so doch in beschränkten Verhältnissen leben.

II. Förderung der Brusternährung.

1. Da weite Kreise der Bevölkerung aus den verschiedensten Beweggründen sich von der natürlichen Ernährung der Säuglinge abgewandt haben, wird ein gründlicher Wechsel hierin erst dann zu erwarten sein, wenn die Bedeutung der natürlichen Ernährungsweise, der Schutz, den die Gewährung der Muttermilch den Kindern bietet, allgemein bekannt geworden und anerkannt ist. Um das Verständnis für diese wichtige Frage immer mehr auszubreiten und zu vertiefen, wird die Belehrung durch öffentliche Vorträge, Hinweise in der Tagespresse, die Verteilung von Merkblättern und dergleichen zweckmäßig anzuwenden sein. Aber wenn die Bedeutung solcher Maßnahmen auch gar nicht unterschätzt werden soll, die beste Belehrung auf diesem Gebiet ist die von Mund zu Mund. Der Arzt, die Hebamme, die Wochenpflegerin können hier unendlich viel Gutes stiften. Für die öffentliche Fürsorge hat diese *Belehrung durch den Kinderarzt* in den allgemeinen Beratungsstunden, *durch die besoldeten*, in der Säuglingspflege ausgebildeten *Pflegerinnen* im Hause zu erfolgen.

2. Allein für die Kreise, auf welche die Fürsorge der Stadt sich zu erstrecken hat, reicht die Belehrung nicht aus. Hier bedarf es zur

Überwindung der tatsächlich bestehenden Schwierigkeiten besondere Reizmittel für die Mutter.

Diese Schwierigkeiten liegen wesentlich darin, daß die in Betracht kommenden Mütter meist gezwungen sind, wenige Wochen nach der Entbindung wieder auf Arbeit zu gehen. Viele benutzen dies als Vorwand, um das ihnen lästige Stillen aufzugeben, wenn sie auch an sich die Möglichkeit hätten, ihr Kind weiter zu nähren. Viele aber, die den Tag über vom Hause fort sind, haben tatsächlich nicht die Möglichkeit, ihr Kind zu stillen, weil sie es nicht mit nach der Arbeitsstätte bringen können. Das letztere Hindernis fällt zu einem erheblichen Teil weg, wenn die oben erwähnten Stillkrippen in der Nähe der Arbeitsstätte weiblicher Arbeiter ins Leben gerufen werden. Für Industriestädte mit zahlreichen Arbeiterinnen wird deshalb die Schaffung solcher Stillkrippen durch die Fabrikleitungen mit Nachdruck zu betonen sein. Gewiß wird auch trotz Stillkrippen noch manche Mutter aus Gründen der verschiedensten Art sich weigern, ihr Kind dorthin zu bringen und zu nähren. Doch bei manchen von diesen wird man den Widerstand überwinden, wenn man ihr für den Fall des Stillens materielle Vorteile in Aussicht stellt. Diese Stillprämien, mit denen man zuerst in Frankreich gute Erfolge erzielt hat, würden nicht bloß bei den letzterwähnten Arbeiterinnen, sondern überhaupt bei allen in nicht gerade günstigen Verhältnissen lebenden Müttern einen wirksamen Anreiz bieten, das Stillgeschäft längere Zeit fortzusetzen. Zunächst lockt die Prämie, dann wird die Mutter auch bald merken, daß die Ersparung der Ausgaben zur Beschaffung künstlicher Nahrung nicht unwesentliche Vorteile mit sich bringt und daß trotzdem ihr Kind gut gedeiht. Hiernach empfehle ich für die städtische Säuglingsfürsorge zunächst

die Gewährung von Stillprämien.

Im einzelnen werden dazu folgende Vorschläge gemacht:

a) Aus den bereits dargelegten Gründen ist der Kreis, an den diese Prämien verliehen werden sollen, weiter zu bestimmen als bei den sonstigen Maßnahmen. Je nach der Teuerung der Lebensverhältnisse wird man die Zahl der Berechtigten aus den Familien mit einem steuerpflichtigen Einkommen bis zu 1200 oder 1500 Mark zu nehmen haben. Weiter herabzugehen, wird sich kaum empfehlen, wenn die Prämie ihren ausgesprochenen Zweck, Propaganda für das Selbststillen und nicht zum wenigsten bei Ehefrauen, zu machen, erfüllen soll. Wesentlich höher zu gehen wird sich wenigstens zu Anfang nicht empfehlen, weil sonst die Kosten zu gewaltig anschwellen. Andererseits ist zu beachten, daß dasselbe Einkommen von ganz verschiedenem Wert ist, je nachdem es zur Ernährung von 2, 3 oder mehr Köpfen dient, je nachdem Krankheit oder sonstige ungünstige Verhältnisse das Familienhaupt zu größeren Ausgaben zwingen. Es wird sich deshalb empfehlen, der Verwaltung die Ermächtigung zu geben, beim Vorliegen solcher besonderer Umstände über die Mindestgrenze, jedoch nicht über die nächstfolgende Steuerstufe hinauszugehen.

b) Eine notwendige Bedingung für die Gewährung der Prämien ist

sodann die, daß *die Prämie nur solche Mütter erhalten, welche ihr Kind in den ärztlichen Beratungsstunden vorstellen und sich der Ziehkinderaufsicht unterwerfen.*

Denn einmal ist diese Vorstellung notwendig, um festzustellen, ob tatsächlich gestillt wird, und ferner ist es erforderlich, daß durch die ärztliche und pflegerische Überwachung die sachgemäße Pflege und Wartung der Säuglinge dieser Mütter sichergestellt wird.

c) *Die Prämie wird als Geldprämie* empfohlen, die nur ausnahmsweise auf Anordnung des Arztes durch eine Naturalprämie (Gewährung von Milch, Stärkungsmitteln usw.) zu ersetzen ist.

Die Geldprämie hat den großen Vorzug, daß sie erst nachträglich geleistet zu werden braucht, also immer erst dann, wenn festgestellt ist, daß bis zur Zahlung noch gestillt ist. Prämien an Milch usw. zur Stärkung der Mutter müssen dagegen fortlaufend gewährt werden, eine ausreichende Kontrolle ist dabei kaum möglich. Außerdem bietet die Geldprämie für die in Rede stehenden Mütter regelmäßig einen größeren Anreiz als jede Lieferung von Naturalien irgendwelcher Art.

Der gegen die Geldprämie erhobene Einwand, daß der liederliche Ehemann sie vielfach seiner Frau fortnimmt und in seinem persönlichen Interesse verwendet, mag zutreffen. Er trifft aber ebenso auch zu, wenn man, wie es vereinzelt geschieht, statt der Geldprämien Gutscheine für Fleisch, Brot, Mehl, Zucker u. dgl. gibt; denn die Erfahrung hat gezeigt, daß solche Gutscheine häufig in Geld umgesetzt werden, also den Zweck, dem sie dienen sollen, nicht erfüllen. Überdies kann in manchen Fällen durch Auszahlung der Geldprämie an die Pflegerin die zweckmäßige Verwendung des Geldes zum Besten der Familie gesichert werden; aus allgemeinen Gründen wird man zu solcher Maßnahme aber nur mit Zustimmung der betreffenden Mutter greifen.

d) Die schwierigste Frage bleibt die, für welchen Zeitraum und in welcher Höhe die Prämie zu gewähren ist. Da die Erfahrung lehrt, daß die Mütter, wenn sie überhaupt stillen wollen, dies regelmäßig während der ersten 6 Wochen tun, wird man den Beginn der Prämienzeit auf den Anfang der 7. Woche nach der Geburt unbedenklich festsetzen können. Dies empfiehlt sich um so mehr, weil mit diesem Zeitpunkte bei Mitgliedern von Krankenkassen auch die Wöchnerinnenunterstützung aufhört. Wenn auch ärztlicherseits empfohlen wird, die Prämie bis zum Ablauf der 20. Woche zu gewähren, so rate ich doch aus dem bereits angeführten Grunde, wegen der Unsicherheit der pekuniären Belastung, zunächst die Prämie nicht über die 15. Woche nach der Geburt zu verleihen. Für ganz außerordentlich wichtig halte ich es aber, die Mütter zu bestimmen, daß sie in der gefährlichen Zeit im Juli, August, September, die die schweren Magen- und Darmerkrankungen mit sich bringt, selbst stillen und damit ihren Kindern den besten Schutz gegen diese ihre größten Feinde bieten. Deshalb wird in dieser Zeit eine erhöhte Prämie zu zahlen empfohlen, die auch zu gewähren ist einmal gleich von der Geburt an und andererseits auch dann, wenn die Mutter vor dem Juli bereits die

übliche Prämie voll bezogen hat. Gerade die Aussicht, daß die Mutter, wenn sie einmal gestillt und Prämie bezogen hat, später in der gefährlichen Sommerzeit abermals Prämie bekommen kann, wird dazu beitragen, daß die Mutter länger denn sonst selbst nährt. Und andererseits ermöglicht solche Aussicht es, die gewöhnliche Prämie ziemlich niedrig zu bemessen, weil ihre Gewährung zugleich die Anwartschaft auf den demnächstigen Bezug der höheren Prämie gibt.

Der Einfachheit halber nenne ich die Prämie, welche in der Zeit vom Oktober bis Ende Juni zu zahlen ist, „Winterprämie“, die, welche für die Monate Juli, August und September auszusetzen ist, „Sommerprämie“. Ich halte bei beiden Prämien eine progressive Steigerung für sehr wünschenswert, um damit den stillenden Müttern einen weiteren Ansporn zu geben, möglichst lange zu nähren. Dies vorausgeschickt, halte ich für die Prämiengewährung folgende Grundsätze für notwendig.

Die Winterprämie beträgt

für die 7. und 8. Woche nach der Geburt je	Mark 1·—
für die 9., 10. und 11. Woche nach der Geburt je	Mark 1·25
für die 12., 13., 14. und 15. Woche nach der Geburt je	Mark 1·50

Die Sommerprämie beträgt

für die ersten 4 Wochen nach dem 1. Juli je	Mark 1·75
für die folgenden 8 Wochen je	Mark 2·—

Die Sommerprämie wird in dieser Höhe jedoch nur der Mutter gewährt, welche bereits eine Winterprämie von Mark 1·50, gleichgültig wie lange bezogen hat. Im übrigen beginnt die Sommerprämie immer mit der Stufe, welche auf die zuletzt bezogene Stufe der Winterprämie folgt. Wer z. B. 1 Mark Prämie zuletzt erhalten hat, fängt mit Mark 1·25 an, wer Mark 1·25 bekommen hat, beginnt mit Mark 1·50. Sache der einzelnen Verwaltung ist es, genaue Bestimmung zu treffen, nach welchem Zeitraume in diesen Fällen eine höhere Stufe gewährt werden soll.

Weil nun erfahrungsgemäß die Kindersterblichkeit in den Monaten Juli, August, September ganz erheblich steigt — vgl. Tabelle 2, 3 und 5 — und weil es für diese Zeit ganz besonders wünschenswert ist, daß so viel Mütter wie nur möglich selbst nähren, halte ich es für erforderlich, daß in dieser Zeit allen an sich zur Prämienzahlung zugelassenen Müttern Stillprämien gewährt werden, also auch schon in den ersten 6 Wochen nach der Geburt. Aus rein praktischen Gründen, um nicht wegen der Berechnung und der Berechtigung zu viel Schwierigkeiten zu machen, trage ich auch kein Bedenken, die Stillprämie in gleicher Höhe auch den Müttern zu gewähren, welche noch Wöchnerinnenunterstützung aus Krankenkassen beziehen. In dieser Zeit kommt es in allererster Linie nur darauf an, die Mutter zum Selbststillen anzuhalten. Wo aber die Prämie schon vor Beginn der 7. Woche nach der Geburt gezahlt wird, halte ich es für ausreichend, mit der 2. Stufe der Winterprämie zu beginnen und sie etwa von 3 zu 3 Wochen um je 25 Pfennig steigen zu lassen.

Vom 1. Oktober beginnt dann wieder in allen Fällen die Winterprämie, die an jede Mutter in der Höhe zu gewähren ist, welche für die

nach dem Zeitpunkt der Geburt zu errechnende Stufe festgesetzt ist. Diese Maßnahme mag ihre Bedenken haben, sie mag manche Mutter, die zuletzt die höchste Sommerprämie bezogen hat, zur Einstellung des Stillens veranlassen. Ich halte nur aus pekuniären Gründen diese Einschränkung für wichtig; liegen diese nicht vor, ist die Beibehaltung der letztgewährten höheren Sommerprämie natürlich vorzuziehen.

Ich bin bei dieser ganzen Frage sehr auf die Einzelheiten eingegangen, um zu zeigen, wie ich meinen Vorschlag praktisch für durchführbar halte. Sache der einzelnen Verwaltung wird es sein, die Bestimmungen für die Prämiengewährung jedesmal nach den örtlichen Verhältnissen und den zur Verfügung stehenden Mitteln festzulegen. Für wichtig halte ich es aber, den Grundsatz der Gewährung

1. einer niedrigen Winterprämie,
2. einer hohen Sommerprämie,
3. einer Sommerprämie auch ohne Rücksicht auf die für die Winterprämie vorgesehene Wartezeit

festzuhalten.

Ganz allgemein wird dabei der Verwaltung die Ermächtigung zu erteilen sein, im Einzelfall zur Vermeidung von Härten Abweichungen von den getroffenen Bestimmungen vorzunehmen.

e) Die Prämie wird durch den Kinderarzt in der Beratungsstunde nach erfolgter Untersuchung ausgezahlt. Das ist wünschenswert, um die Beziehungen zwischen Arzt und Müttern so eng wie möglich zu gestalten. Eine alte Erfahrung lehrt, daß der, welcher nicht bloß mit Rat, sondern auch mit der Tat helfen kann, besser angesehen wird als der wenn auch noch so wohlwollende Ratgeber.

f) Die Prämie wird auch dann zu gewähren sein, wenn die Mutter neben der Brust noch künstliche Nahrung gibt. Denn auch diese gemischte Ernährungsweise hat noch einen bedeutenden Vorzug vor der ausschließlich künstlichen.

III. Beschaffung guter Kuhmilch.

Es liegt auf der Hand, daß trotz aller Förderung der natürlichen Ernährung die künstliche Ernährung der Säuglinge einen großen Umfang behalten wird. Deshalb wird das Streben immer dahin gerichtet sein müssen, die Gefahren, die mit jeder künstlichen Ernährung verbunden sind, möglichst herabzumindern. Hier mit Aussicht auf Erfolg etwas zu leisten, ist außerordentlich schwer, da einmal die Beschaffung einwandfreier künstlicher Nahrung sehr kostspielig und schwierig ist und da ferner es mit der Beschaffung nicht getan ist, sondern die weitere gute Behandlung der Nahrung bis zu dem Augenblick, wo sie gebraucht wird, nicht minder wichtig, aber durchzusetzen noch weit schwieriger ist.

Mein Vorschlag in dieser Richtung ist folgender:

Die Stadt schließt mit einem leistungsfähigen Unternehmer einen Vertrag ab, nach dem der Unternehmer nach bestimmten Vorschriften gewonnene und behandelte Milch unter Gewährleistung einer Mindest-

temperatur bis zur Abgabe an die Empfänger in der ganzen Stadt bis zu einer bestimmten Stunde in Wagen zum Verkauf ausführt. Den von der Stadt mit einem Ausweis versehenen Personen wird diese Milch zum Marktpreis gewöhnlicher Milch abgegeben. Für diese Milchmengen zahlt die Stadt dem Unternehmer auf jedes Liter einen festgesetzten Betrag. Den Ausweis erhalten nur die der laufenden Ziehkinderaufsicht unterstellten Personen und nur dann, wenn durch den Arzt oder die Pflegerin vorher festgestellt ist, daß die Mütter aus physischen, häuslichen oder sonstigen Gründen nicht stillen kann.

Notwendige Voraussetzung für die Durchführbarkeit dieses Vorschlages ist, daß in der Stadt ein Unternehmer ist, der bereit und imstande ist, die von der Stadt zu stellenden Bedingungen zu erfüllen. Bei Zahlung eines angemessenen Preises halte ich dies in allen mittleren und größeren Städten für möglich. Allerdings wird dieser Preis ein ziemlich hoher sein; nach den in Magdeburg herrschenden Verhältnissen und Preisen rechne ich damit, daß die zu verlangende Säuglingsmilch ungefähr das doppelte der gewöhnlichen Vollmilch kosten wird. Gelingt es aber, solchen Unternehmer zu gewinnen, so werden auch andere Milchgeschäfte danach streben, im Wege des freien Wettbewerbes ihre als Vorzugs-Säuglingsmilch oder unter ähnlichen Bezeichnungen in den Handel gebrachte Milch möglichst einwandsfrei herzustellen, was im allgemeinen Interesse nur mit großer Freude zu begrüßen wäre.

Die Bedingungen, welche dem Unternehmer zu stellen sind, müssen sich wenigstens auf die Beschaffenheit der Milchkühe, auf die Art der Fütterung, auf die Sauberkeit des Stalles in jeder Beziehung und aller benutzten Gefäße, auf die Beschaffenheit des Melkpersonales und ähnliches erstrecken. Ferner ist notwendig zu bestimmen, daß die Milch am Produktionsorte sofort auf Flaschen — $^1/_2$ und $^1/_4$ Literflaschen — zu füllen und bis zu einer Mindesttemperatur innerhalb einer bestimmten Zeit herunterzukühlen ist. Eine weitere Bedingung muß vorschreiben, daß die Milch bis zu einer bestimmten Vormittagsstunde und mit einer gewissen Mindesttemperatur an die Empfänger abgeliefert wird. Wenn man diese Bedingungen in vollem Umfange nicht gleich erreichen kann, so wird in diesem oder jenem Punkt nach sachverständigem Beirat etwas nachzulassen sein, mit der Zeit werden aber die Mindestbedingungen in vollem Umfange vorzuschreiben sein.

Natürlich ist es mit der Festsetzung der Bedingungen nicht getan. Das Wesentliche ist, daß sie erfüllt werden. Dazu muß sich der Unternehmer, der seinen Betrieb der regelmäßigen Aufsicht eines geeigneten Tierarztes auf seine Kosten zu unterstellen hat, auch einer besonderen Aufsicht seitens der Stadt unterwerfen. Ich denke mir diese Aufsicht durch den Schlachthofdirektor und den Kinderarzt ausgeübt, die die Innehaltung der verschiedenen Bedingungen durch geeignete häufige

Revisionen zu überwachen haben. Dabei wird nicht unwesentliches Gewicht auf die Ablieferung der Milch mit der vorgeschriebenen Mindesttemperatur zu legen sein.

Mein Vorschlag, nur gute Rohmilch zu liefern, wird um so befremdlicher erscheinen, als gerade verschiedene Städte mit der Lieferung von guter Vollmilch schlechte Erfahrungen gemacht haben. Die Vergünstigung ist meist sehr stark in Anspruch genommen, hat deshalb große Mittel erfordert und der Erfolg ist gleichwohl namentlich infolge der schlechten Behandlung der Milch im Hause der Empfänger oder auch häufig infolge der Verwendung der Milch zu anderen Zwecken, als zu denen sie geliefert ist, ein sehr geringer gewesen. Es wird deshalb neuerdings die Verabfolgung trinkfertiger Portionen mehr empfohlen und an vielen Orten geht man zur Errichtung von Milchküchen und ähnlichen Einrichtungen über. Ganz abgesehen von den schlechten Erfahrungen, die in Magdeburg aus verschiedenen Gründen mit der Milchküche gemacht sind, bin ich der Ansicht, daß die bemerkten Mißstände sich zum erheblichen Teil durch genaue Überwachung vermeiden lassen und daß mein Vorschlag, richtig durchgeführt, ganz erhebliche Vorzüge bietet. Ich bemerke hierzu folgendes:

1. Nach den neueren Ergebnissen der wissenschaftlichen Forschung ist die möglichst sorgfältig gewonnene, schnell heruntergekühlte und kühl aufbewahrte Milch in hohem Maße gegen die Entwicklung schädlicher Bakterien gesichert. Auch sind ihr noch keinerlei Bestandteile, die für ihren Nährwert von wesentlicher Bedeutung sind, entzogen. Hinzu kommt, daß bei der Rohmilch jede Mutter sehr leicht feststellen kann und erfahrungsmäßig auch feststellt, ob sie zur Zeit des Verbrauches bereits verdorben ist. Demgegenüber ist es nicht über allen Zweifel erhaben, ob nicht durch die Sterilisierung der Milch ihr wertvolle und für ihre Gesamtwirkung nicht unwichtige Bestandteile genommen werden; es scheint sich zu bewahrheiten, daß die Gefährdung des Kindes durch den Genuß nicht einwandfreier sterilisierter Milch recht erheblich ist. An sich schon erfordert die Aufbewahrung und Behandlung trinkfertig gelieferter Milch mindestens dieselbe Sorgfalt, als wenn nur Rohmilch geliefert wird; dazu kommt, daß viele Mütter die von der Stadt fertig gelieferte Nahrung ohne weiteres und unter allen Umständen für vollwertig ansehen, gleichgültig, wie sie sie in ihrem Hause behandelt haben. Trinkfertig gelieferte Portionen werden nur zu häufig den Kindern dargereicht, ohne daß die Mütter sich vorher von ihrer Unversehrtheit überzeugt haben.

2. Der Betrieb der Milchküchen erfordert eine ebenso gute Rohmilch, wie sie sonst zur Säuglingsernährung notwendig ist. Außerdem sind die nicht unbeträchtlichen Kosten für die erste Einrichtung und für den Betrieb aufzuwenden, so daß also größere Mittel gefordert werden müssen, als wenn nur Rohmilch zur Verfügung gestellt wird.

3. Die Lieferung der fertigen Trinkportionen an die Empfänger stößt praktisch auf erhebliche Schwierigkeiten. Die Einrichtung von Abholungsstellen ist nur ein mangelhafter Ersatz für die an sich wünschenswerte

Lieferung bis vors Haus. Die in Betracht kommenden Mütter haben meistens nicht die Zeit, um die Milch zu einer bestimmten Stunde abzuholen. Holen sie sie, benutzen sie meistens den Gang, um gleichzeitig andere Besorgungen zu erledigen, womit die nicht unerhebliche Gefahr verbunden ist, daß die Milch bis zu der Zeit, wo sie in die Wohnung kommt, den verschiedensten, wenig wünschenswerten Einflüssen und Veränderungen ausgesetzt ist. Noch mehr trifft dies zu, wenn die Mütter, wie es häufig geschieht, durch kleine Kinder sich die Milchportionen herbeiholen lassen.

4. Demgegenüber bietet mein Vorschlag zunächst die Möglichkeit, daß unter ständiger Überwachung der Stadt gewonnene und behandelte Milch der gesamten Einwohnerschaft angeboten und damit allen denen, welche im Interesse ihrer Kinder eine gute Säuglingsmilch haben wollen, hierzu, wenn auch zu einem höheren Preise, Gelegenheit gegeben wird. Sodann können die Ärmsten sich dieselbe gute Milch erwerben, ohne einen höheren Preis anzulegen, als den, den sie für gewöhnliche Milch aufwenden müssen. Die Milch unentgeltlich abzugeben empfehle ich, ganz abgesehen von den erheblichen Kosten, deshalb nicht, weil nach alter Erfahrung das Geschenkte meist nicht für voll angesehen wird; auch wird die Behandlung der Milch eine sorgfältigere sein, wenn die Mütter beim Verderben der Milch den Nachteil am eigenen Geldbeutel spüren.

Endlich ermöglicht mein Vorschlag die Lieferung gut gekühlter Milch bis vor die Wohnung der Empfänger, was für die weitere gute Behandlung der Milch von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist.

5. Diese weitere Behandlung spielt nun allerdings eine ganz erhebliche Rolle, ganz gleich, ob Rohmilch oder fertige Trinkportionen geliefert werden. Auch die beste und reinste Milch verliert bei unsachgemäßer Aufbewahrung und Zubereitung, bei Verwendung unsauberer Kochgefäße, Flaschen und Lutscher alle ihre Vorzüge. Es muß deshalb auf Abhilfe Bedacht genommen werden. Ich rechne damit, daß zunächst der Arzt in der Beratungsstunde, der allein die Verausgabung des Milchausweises anzuordnen und die Menge der zu beziehenden Milch zu bestimmen hat, auf die bei der Aufbewahrung und weiteren Behandlung der Milch zu beachtenden Punkte die Mutter hinweist; dann zeigt die Pflegerin der Mutter in ihrer Häuslichkeit die richtige Zubereitung der Nahrung und überwacht hierin die Mutter durch häufige Besuche; endlich wird die stete Wiedervorstellung des Kindes in der Beratungsstunde leicht erkennen lassen, ob die künstliche Ernährung sachgemäß erfolgt. Gerade um diese unbedingt notwendige Kontrolle über die Art der künstlichen Ernährung ausüben zu können, muß die Vergünstigung zum billigen Bezuge der Milch auf einen bestimmten, übersehbaren Kreis beschränkt werden. Deshalb und mit Rücksicht auf die Kosten halte ich es für erforderlich, diese Vorzugsmilch nur an die der Ziehkinderaufsicht im Sinne dieser Ausführungen unterstellten Mütter und Pflegemütter zu verabfolgen.

Innerhalb dieses Kreises erhält aber nicht jeder nach seinem Belieben die Vergünstigung. Geschähe dies, würde die Milchlieferung seitens der Stadt bald zur Förderung der künstlichen Ernährungsweise dienen, während

das ganze Streben doch immer auf Förderung der Brusternährung gerichtet bleiben muß. Deshalb ist es notwendig, daß der Milchausweis nur vom Arzte ausgestellt wird, der dabei auch zugleich die Menge der zu beziehenden Milch bestimmt, und nur nachdem durch ihn oder durch die Pflegerinnen festgestellt ist, daß die Mutter, gleichgültig ob aus physischen, häuslichen, wirtschaftlichen oder sonstigen Gründen, nicht stillen kann. Wer selbst nähren kann, dies aber grundlos nicht tut, muß, soweit es das Interesse des Kindes irgend zuläßt, von jeder Vergünstigung beim Milchbezug grundsätzlich ausgeschlossen bleiben.

IV. Die Überwachung der Ziehkinder.

Daß diejenigen Kinder, welche von ihren Eltern fremden Personen in Pflege gegeben werden, ganz besonderen Gefahren ausgesetzt sind, ist lange erkannt. Um den gröbsten Übelständen, die auf diesem Gebiete herrschten, abzuhelfen, hat man zu Beginn der 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts in Preußen allgemein eine polizeiliche Überwachung der Ziehmütter eingeführt, deren Hauptgegenstand die Erteilung der Erlaubnis zum Halten von Ziehkindern nach vorgängiger polizeilicher Prüfung der Lebensverhältnisse der Ziehmütter und eine von Zeit zu Zeit stattfindende Nachprüfung der Pflegestellen durch die polizeilichen Exekutivbeamten, hin und wieder auch durch den Kreisarzt bildet. Allein man ist längst zu der Überzeugung gekommen, daß diese Überwachung keine genügende Sicherheit im Interesse der zu schützenden Kinder bietet. Und besonders für die Kinder in den beiden ersten Lebensjahren versagt sie so gut wie vollständig.

Will man mit den Bestrebungen der Gemeinde zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit vorwärts kommen, muß man sowohl den Kreis der zu beaufsichtigenden Kinder erweitern als auch die Art der Überwachung von Grunde aus anders gestalten.

In ersterer Beziehung bemerke ich, daß z. B. in Magdeburg am 1. April 1907 276 Ziehkinder vorhanden waren, welche unter die polizeilichen Bestimmungen betreffend das Ziehkinderwesen fallen. Von diesen sind 19 ehelich geboren. Bedenkt man nun einerseits, daß die Ziehkinder sich auf 6 Jahrgänge — vom 1. bis 6. Lebensjahre — verteilen und berücksichtigt man ferner, daß hier jährlich allein 800—900 Kinder unehelich geboren werden, so ist ohne weiteres klar, daß diese polizeiliche Aufsicht für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit keine Bedeutung hat. Für die Ausdehnung der Beaufsichtigung muß maßgebend sein der Grundsatz, daß den am meisten gefährdeten Kindern am meisten zu helfen ist. Das sind aber nach allen Erfahrungen der ärztlichen wie der statistischen Wissenschaft und der Praxis

1. alle unehelichen Kinder, mögen sie bei der Mutter, bei Verwandten oder Fremden, mögen sie ohne oder gegen Entgelt untergebracht sein;

2. alle ehelichen, gegen Entgelt von den Eltern bei Dritten untergebrachten Kinder (Ziehkinder im engeren Sinne);

3. die Kinder von Müttern, welche laufende Armenunterstützung beziehen.

Erstreckt man auf diese Gruppen die Beaufsichtigung, so hat man zugleich einen ziemlich fest umschlossenen und übersehbaren Kreis, der auch die Wirkung der Überwachung und die Ausführung der bei derselben getroffenen Anordnungen festzustellen ermöglicht. Als 4. Gruppe sind dann noch diejenigen Kinder anzugliedern, welche, ohne an sich unter die Aufsicht zu fallen, wegen ihrer Teilnahme an einzelnen im Wege der städtischen Säuglingsfürsorge gewährten Wohltaten — Stillprämien, Milchvergünstigungen usw. — der gleichen Aufsicht zu unterstellen sind.

Dann aber ist auch die Art der Beaufsichtigung wesentlich zu ändern. Bei der polizeilichen Überwachung kommt es mehr oder weniger ausschließlich auf die Feststellung des Leumundes der Ziehmutter, der Ausreichlichkeit der Wohnung und der Lagerstätten an. Allein so wichtig auch diese Umstände sind, der Schwerpunkt für unsere Bestrebungen liegt doch ganz wesentlich darin, daß eine Pflegemutter, bei der jene unerläßlichen Voraussetzungen gegeben sind, nun in der täglichen Ausübung ihrer Pflege den Nachweis liefert, daß sie gerade einen Säugling und diesen wieder gerade so zu pflegen und warten versteht, wie sein jeweiliger Gesundheitszustand es erfordert. Wie nicht jede Frau ohne weiteres zur Pflegemutter geeignet ist, so ist auch nicht jede Pflegemutter ohne weiteres für die Pflege eines Säuglings zu gebrauchen. Hier hat sich die Beaufsichtigung zu betätigen. Bei der Auswahl der Pflegestellen für nicht bei der Mutter befindliche Säuglinge hat sie zu helfen und ihr Augenmerk darauf zu richten, daß ungeeignete Pflegemütter keine Pfleglinge erhalten und daß, wenn dies doch nicht zu vermeiden ist, die Pflegemutter nach Möglichkeit zur sachgemäßen Pflege angehalten und erzogen wird. Und auch das ist ein Hauptzweck der Beaufsichtigung, daß der Pflegemutter — d. h. ganz allgemein der mit der Pflege des (eigenen oder fremden) Säuglings betrauten Person —, wenn sie sich nicht zu raten weiß, was sie tun, wie sie ihrem Schutzbefohlenen helfen soll, von erfahrener Seite mit Rat und Tat an die Hand gegangen wird. Es muß dahin gestrebt werden, daß die mit der Beaufsichtigung betrauten Organe im Verkehr mit den Pflegemüttern sich die Stellung eines stets hilfsbereiten Beraters verschaffen, den man lieber kommen als gehen sieht, an den man sich voll Vertrauen wenden kann, ohne die Unannehmlichkeiten, die mit Recht oder Unrecht nun einmal jede Berührung mit der Polizei nach der Ansicht der hier hauptsächlich in Betracht kommenden Kreise mit sich bringt, mit in den Kauf nehmen zu müssen. Es wird an anderer Stelle dieser Schrift von ärztlicher Seite ausführlich dargelegt, daß die Überwachung der Ziehkinder in dem erweiterten Sinne durch den Kinderarzt und sorgfältig ausgewählte und vorgebildete Pflegerinnen zu erfolgen hat. Für den Zweck meiner Ausführungen will ich deshalb nur daran erinnern, daß auch gerade für die Vertrauensstellung, welche die Pflegerinnen sich erwerben müssen, feines Taktgefühl und Verständnis für die verschiedenen Verhältnisse und Lebenslagen, in denen Pflegemutter und Pflegekind sich befinden, notwendiges Erfordernis ist.

Soll aber die Pflegerin solche Vertrauensstellung erlangen und behalten, soll sie für die Pflegemutter eine Autorität in allen die Säuglings-

pflege betreffenden Angelegenheiten sein, gegen deren Urteil und Anordnung es in der Regel nur noch die Berufung an den Kinderarzt gibt, dann ist es weiter unbedingt notwendig, daß die gleichzeitige Beaufsichtigung von anderer Seite ausgeschlossen wird. Diese Beaufsichtigung kann eine solche durch Beauftragte der Polizei, durch Organe des Gemeindewaisenrates und durch Personen, die in freier Liebestätigkeit sich der Pflegekinder annehmen, sein.

Die Beaufsichtigung durch die Polizei kommt in Frage hauptsächlich bei den Ziehkindern im engeren Sinne. Hier wird sich der angedeutete Übelstand vermeiden lassen, wenn die Polizeiverwaltung ihre Befugnisse wenigstens tatsächlich auf die Organe der städtischen Säuglingsfürsorgestellen überträgt, wenn sie alle für sie erforderlichen Feststellungen durch diese Organe treffen läßt. Genügt dies im einzelnen Falle nicht, so wird selbstverständlich die Polizei selbständig vorzugehen haben, aber auch dann wird ein Hand in Hand gehen mit den Pflegerinnen beziehungsweise dem Kinderarzt höchst wünschenswert sein. Entscheidungen über die Entziehung des Erlaubnisscheines oder über bestimmte, die Pflege betreffende Punkte werden zweckmäßig aber immer nur nach Anhörung von Arzt und Pflegerinnen zu treffen sein. Bei gegenseitigem guten Willen wird überall, auch in Städten mit königlicher Polizei, im Wege der Vereinbarung hier ein gangbarer, beide Teile befriedigender Weg zu finden sein.

Ebenso wird die Überwachung, welche der Gemeindewaisenrat über die Vormünder auszuüben hat und welche tatsächlich auf eine Überwachung der bevormundeten Kinder hinauskommt, sich leicht mit der städtischen Säuglingsaufsicht vereinigen lassen. Es genügt, daß die besoldeten Pflegerinnen bezüglich der bevormundeten Säuglinge zu Hilfsorganen des Gemeindewaisenrates bestellt werden.

Schwieriger aber und wichtiger ist es, die immer wohlgemeinte, aber oft recht wenig nützliche Nebenregierung unverantwortlicher Ratgeber zu beseitigen. Die Tätigkeit der Frauen in der Armen- und Waisenverwaltung hat in den letzten Jahren zur größten Freude der meisten in dieser Verwaltung amtlich oder ehrenamtlich tätigen Männer zugenommen. Sie erstreckt sich mit Vorliebe auf die Überwachung der Kinder. Und so segensreich diese Tätigkeit ist und mit so dankbarer Freude die hingebende Arbeit, die auf diesem Gebiete von sehr vielen Frauen geleistet wird, anzuerkennen ist, so notwendig ist es, zu betonen, daß diese Arbeit nie im Widerspruch mit der für die gleichen Personen bereits von der Stadt in die Wege geleiteten Fürsorge erfolgen darf. Für das Gedeihen der Säuglingsfürsorge wirkt es geradezu schädigend, wenn *neben* der besoldeten Pflegerin noch Frauen aus eigenem Interesse oder im Auftrage von Wohltätigkeitsvereinen den Pflegemüttern zu Rate gehen. Die Pflegemütter leihen erfahrungsmäßig dem Rate solcher Frauen willig ihr Ohr, weil meistens geldwerte Unterstützung damit verbunden ist und weil die Neigung zum Widerspruch gegen die Anordnungen der besoldeten Pflegerin vielfach vorhanden ist. Im Interesse unserer Bestrebungen, im Interesse der zu schützenden Kinder muß verlangt werden, daß solcher Rat von

dritter Seite unterbleibt und daß die Gewährung von Unterstützungen irgendwelcher Art, namentlich aber von Nähr- und Kräftigungsmitteln, nur mit Vorwissen und nach Möglichkeit unter Zustimmung der verantwortlichen besoldeten Pflegerin gewährt wird.

Haben wir so gesehen, für welche Kinder und in welcher Art im allgemeinen die Beaufsichtigung der Säuglinge zu erfolgen hat, wird es notwendig sein, die praktische Durchführung dieser Forderungen näher darzulegen. Ich beschränke mich dabei auf die, wenn ich so sagen darf, verwaltungstechnische Seite; die materielle Seite, wie der Kinderarzt tätig zu sein, wie die Pflegerinnen auszuwählen, auszubilden und zu beschäftigen sind, erfolgt an anderer Stelle.

Solange die gesetzlichen und polizeilichen Vorschriften nicht allgemein eine Überwachung aller unehelichen Kinder vorschreiben, wird es schwer halten, die von uns für notwendig erachtete Beaufsichtigung mit Aussicht auf volle Wirksamkeit durchzusetzen. Gerade die Mütter, die ihre Kinder am schlechtesten behandeln, denen ihre Kinder, abgesehen von der bloßen wirtschaftlichen Notlage, eine Last sind, werden der fürsorgenden Tätigkeit der Allgemeinheit den größten direkten oder indirekten Widerstand entgegensetzen. Dagegen darf man sich nicht verschließen, aber dadurch darf man sich auch nicht abhalten lassen, das Erreichbare mit allen zu Gebote stehenden Mitteln zu erstreben. Auch auf solche Mütter wird im Laufe der Zeit die tatsächlich bestehende Beaufsichtigung durch die Pflegerinnen einen gewissen Einfluß üben. Die Pflegerinnen erfahren bald durch ihren täglichen Verkehr mit vielen Müttern und Pflegemüttern, wann ein aufsichtspflichtiges Kind der Aufsicht entzogen wird; der Besuch der Pflegerinnen wird aus Scheu vor dem etwa in Aussicht zu stellenden Einschreiten der Polizei oder des Vormundschaftsgerichtes nicht rundweg abgelehnt werden. In den schlimmsten Fällen hilft die Entziehung des Rechtes der Fürsorge für die Person des Kindes. So wird allmählich mancher Widerstand gebrochen werden können. Aber auch abgesehen von solchem direkt ablehnenden Verhalten mancher Mütter und Pflegemütter wird die Pflicht zum regelmäßigen Besuch der Beratungsstunden vielfach unangenehm empfunden und mit allen möglichen Einwendungen zu umgehen versucht. Da ist es notwendig, gewisse Reizmittel anzuwenden, um das Interesse der Pflegemütter zur Befolgung aller zum besten der Säuglingsfürsorge getroffenen Anordnungen zu erwecken und rege zu halten. Wie bereits oben dargelegt, hängt hier von der Persönlichkeit und dem richtigen und taktvollen Benehmen der Pflegerinnen sehr viel ab. Daneben wird es für erforderlich zu erachten sein, daß alle Vergünstigungen irgendwelcher Art, Stillprämien, billige oder freie Milch u. dgl., nur auf Anordnung des Kinderarztes gewährt und durch ihn selbst oder durch die Pflegerinnen an die Empfangsberechtigten verabfolgt werden. Das dient zur Verbesserung der Stellung des Arztes und der Pflegerinnen gegenüber den Pflegemüttern und ruft diesen immer wieder ins Gedächtnis, daß die Befolgung der von jenen gegebenen Anordnungen von unmittelbarem Vorteil für sie ist. Für sehr wichtig halte ich es ferner, daß allen Ziehkindern im weiteren

Sinne während des ersten Lebensjahres freie ärztliche Behandlung und freie Arznei gewährt wird. Diese Maßregel soll in erster Linie dazu beitragen, daß die notwendige ärztliche Hilfe jederzeit zur Verfügung steht, sie soll aber weiter auch ein Anreiz sein, sich den Fürsorgebestrebungen zu unterstellen. Die Kosten, die der Stadtkasse hieraus erwachsen, sind nicht sehr hoch zu veranschlagen.

Für die Ziehkinder im engeren Sinne wird eine Ergänzung der bestehenden Polizeiverordnungen dahin empfohlen, daß die Ziehmütter verpflichtet sind, die Pfleglinge in den ärztlichen Beratungsstunden vorzustellen und den Anordnungen des städtischen Kinderarztes und der Pflegerinnen, denen auch das Betreten der Wohnungen zu gestatten ist, Folge zu leisten.

Wie aber ermittelt man r e c h t z e i t i g, wo und welche der Aufsicht unterfallende Säuglinge vorhanden sind. Es ist gerade im Interesse der Förderung der Brusternährung dringend notwendig, daß so schnell als möglich nach der Geburt die Pflegerin in die Lage kommt, den Säugling aufzusuchen und auf die Mutter einzuwirken, daß sie dem Kinde möglichst lange die Brust reicht, möglichst sorgfältig ihr Kind wartet. Wenn man beachtet, wie viele Kinder gerade in den ersten Wochen nach der Geburt sterben, wird man sich der Überzeugung nicht verschließen können, daß der Erfolg der Bestrebungen auf dem Gebiet der Säuglingsfürsorge ganz wesentlich von dem schnellen Einsetzen derselben abhängt. Deshalb ist mit allen Stellen, die über die Geburt von Kindern unterrichtet sind, ein schleunigst wirkender Nachrichtendienst einzurichten. In erster Linie kommen die Standesämter in Betracht. Es muß darauf gehalten werden, daß die Standesämter alle bei ihnen angemeldeten unehelichen Geburten spätestens am Tage nach der Anmeldung der Fürsorgezentrale angezeigt haben. Tatsächlich ist dies nicht so leicht zu erreichen. In Magdeburg sind bisher durchschnittlich 6—8 Tage, häufig aber noch längere Zeit vergangen, ehe die Meldungen der Standesämter der Zentrale zugegangen sind. Dies muß geändert werden und läßt sich ändern; zweckmäßig scheint es mir, daß die Zentrale durch ihre Boten täglich zu einer bestimmten Stunde diese Geburtsanzeigen bei den Standesämtern abholen läßt. Die Formulare für die Anmeldungen müssen den Namen und die Wohnung von Mutter und Kind und den Geburtstag enthalten, sind im übrigen aber von allen nicht unbedingt erforderlichen Mitteilungen, Unterschriften pp. zu befreien, um eine möglichst schnelle Abfertigung zu ermöglichen. Eine Sammelliste für die Anmeldungen halte ich nicht für zweckmäßig, vielmehr gebe ich der Meldung für jedes Kind auf je besonderem Vordruck den Vorzug, weil dann diese Meldung unmittelbar an die einzelne Pflegerin weiter gegeben werden kann.

Neben den Standesämtern kommen aber wesentlich alle Entbindungsanstalten in Betracht. In diesen, sie mögen Namen haben wie sie wollen, erfolgt die Entlassung der Wöchnerinnen mit dem Säugling regelmäßig spätestens 14 Tage nach der Geburt. In der Meldung des Standesamtes ist nun als Ort der Geburt die betreffende Anstalt angegeben. Soll aber sofort nach der Entlassung aus der Anstalt die Fürsorge einsetzen, und

daß dies in den allermeisten Fällen nötig ist, lehrt die Erfahrung, müssen diese Anstalten dazu angehalten werden, täglich die zur Entlassung kommenden Mütter und Kinder unter Angabe der Namen, des Geburtstages und der Wohnung, die bei der Entlassung angegeben ist, der Zentrale anzuzeigen. Bei staatlichen Anstalten wird dies leichter zu erreichen sein, bei privaten Anstalten, die meistens städtische Unterstützung erhalten, läßt sich eine entsprechende Verpflichtung als Bedingung an die Bewilligung der Unterstützung anknüpfen. Im übrigen bleibt nur der Weg freiwilliger Vereinbarung übrig.

Auch die Mitwirkung der Polizeibehörde ist notwendig. Neben der Mitteilung aller Fälle, in denen zum Halten eines Ziehkindes ein Erlaubnisschein erteilt ist, ist es dringend notwendig, daß alle von auswärts zugezogenen und angemeldeten Säuglinge der Zentrale mitgeteilt werden. Gerade in Großstädten kommt es sehr häufig vor, daß auswärts geborene Kinder bald nach der Geburt in der Großstadt untergebracht werden. Diese Kinder unter die Beaufsichtigung zu stellen, ist meistens dringend erforderlich, es zu erreichen, aber tatsächlich schwierig. Als Ergänzung hierzu wird die Benachrichtigung seitens des Vormundschaftsgerichtes über alle von auswärts übernommenen Vormundschaften über Kinder unter 2 Jahren empfehlenswert sein.

Sobald ein aufsichtspflichtiges Kind bei der Zentrale auf diese oder jene Weise bekannt geworden ist, ist für dasselbe ein Kontrollblatt in zweifacher Ausfertigung anzulegen, in das zunächst nur diejenigen Mitteilungen aufzunehmen sind, die die erste Anzeige enthält. Die eine Ausfertigung bleibt auf dem Bureau, die andere geht sofort an die Pflegerin, die so bald als möglich Mutter und Kind aufsucht und neben ihrer eigentlich pflegerischen Tätigkeit zugleich alle für die Zentrale wünschenswerten Feststellungen trifft. Die genauen Personalien von Mutter und Kind sind zu ermitteln, die Art der Ernährung ist festzustellen, nach dem Erzeuger ist Nachfrage zu halten, wer als Vormund gewünscht wird, ist zu erfragen, wobei nach Möglichkeit auf die Bestellung des Berufsvormundes zu drängen ist und was dergleichen mehr ist. Die Pflegerin vermerkt ihre Feststellungen in ihrem Kontrollblatt, aus dem sie im Bureau demnächst in das Bureaukontrollblatt übertragen werden.

Sobald dann alle für die Person des Kindes notwendigen Feststellungen beendet, die Bestellung des Vormundes erfolgt, der Verbleib des Kindes gesichert ist, ist ein auf den Namen des Kindes lautendes Kontrollbuch anzulegen, das der Pflegemutter zu behändigen ist.

Dieses Kontrollbuch, das zweckmäßig ein Merkblatt über die für die Pflege und Wartung des Säuglings wichtigsten Punkte enthält, dient einmal zum Eintragen der Tage, an denen die Pflegerin das Kind besucht hat, es ist ferner in jeder Beratungsstunde mitvorzulegen zur Eintragung des Gewichtes des Kindes, besonderer Anordnungen des Arztes über Ernährung und Behandlung des Kindes usw.

Da die Pflegerin mit dem Bureau der Zentrale in engster Verbindung steht, empfehle ich die Einrichtung, die in Magdeburg mit vor-

züglichem Erfolge getroffen ist, daß alle Pflegerinnen jeden Morgen ihre Tätigkeit auf dem Bureau zu beginnen haben. Hier übertragen sie ihre Mitteilungen auf Grund ihrer am Tage zuvor ausgeführten Besuche in die Kontrollblätter, hier nehmen sie gleich die neuen Anmeldungen von Geburten pp. in Empfang, hier erhalten sie gleich alle besonderen Aufträge und für sie interessierenden Mitteilungen. Diese Einrichtung erspart viele unnötige Schreibarbeit, regelt den ganzen Betrieb zwischen der Zentrale und der praktischen Fürsorgetätigkeit und erleichtert dem Bureau wie den Pflegerinnen ihre Arbeit ungemein.

Neben der Registerführung für die aufsichtspflichtigen Säuglinge in Form des Kartensystems ist wünschenswert, daß die Zentrale über alle untauglichen Pflegemütter eine schwarze Liste führt. Die Erfahrung zeigt, daß gerade solche Pflegemütter durch Verziehen von einem Stadtteil in den andern die Feststellung ihrer Identität bei etwaigen Nachforschungen erschweren. Diese Liste hat neben den genauen Personalien der Pflegemutter den Namen des Pfleglings zu enthalten, bei dem sie sich schlecht bewährt hat und aus dessen Kontrollblatt dann wieder das Nähere zu ersehen ist. Die Liste dient dazu, solchen ungeeigneten Pflegemüttern die Annahme weiterer Pfleglinge unmöglich zu machen.

Die ganze Einrichtung und gute Arbeit der Ziehkinderaufsicht hängt nicht zum wenigsten von der Person der Pflegerinnen ab. Es wird deshalb in hohem Maße darauf Rücksicht zu nehmen sein, daß sie nicht überlastet werden. Die Tätigkeit im Bureau, die Mitwirkung in den Beratungsstunden nimmt schon einen Teil ihrer Zeit in Anspruch; sollen sie für ihre einzelnen Besuche ausreichend Zeit haben, darf man ihnen nicht zu viel Pflegebesuche vorschreiben. Die Zahl derselben hängt mit ab von der Größe des Bezirkes und den verschiedensten örtlichen Verhältnissen; im allgemeinen wird man aber nicht mehr als 15 Besuche täglich fordern dürfen. Dabei ist auf die strenge Einhaltung der Wiederholung des Besuches innerhalb einer bestimmten Zeit nicht schlechthin zu bestehen. Ist die Pflegestelle gut, gedeiht das Kind, ist der Besuch nur in größeren Zwischenräumen ausreichend; im umgekehrten Falle ist er möglichst oft zu wiederholen.

Örtliche Verhältnisse und Umstände der verschiedensten Art werden in der einzelnen Stadt mancherlei Abänderungen in der Ausgestaltung der Aufsicht über die Säuglinge notwendig machen. Die Erfahrungen der täglichen Arbeit werden weitere Abänderungen mit sich bringen. Im großen und ganzen werden aber die im vorstehenden gemachten Vorschläge zu berücksichtigen sein, soll die Aufsicht den Zweck erfüllen, der mit ihr angestrebt wird.

Die Notwendigkeit guter Pflegestellen.

Wenn im § 4 unter II—IV diejenigen Vorschläge näher behandelt sind, welche als das Mindestmaß städtischer Säuglingsfürsorge angesehen und deshalb zur gleichzeitigen einheitlichen Ein- und Durchführung als notwendig empfohlen werden müssen, so mag es mir hier gestattet sein, noch auf eine andere Frage einzugehen, die mit dem Ziehkinderwesen

einerseits und mit der Armenverwaltung andererseits in engster Beziehung steht. Das ist die Frage nach der Beschaffung guter Pflegestellen speziell für Säuglinge. Ich habe darzulegen versucht, daß das Gedeihen des Säuglings eine besonders sorgfältige Wartung und Pflege erfordert, daß die Zubereitung der Nahrung für den Säugling mit größter Umsicht erfolgen muß. Soll einem Säugling nun all das zuteil werden, was zur Erhaltung seines Lebens und seiner Gesundheit unbedingt notwendig ist, so muß, wenn es in fremder Pflege untergebracht ist, die Pflegemutter auch so entschädigt werden, daß sie den an sie zu stellenden Anforderungen zu genügen vermag. Hier liegt noch sehr vieles im Argen.

Es kommen sowohl die Pflegestellen in Betracht, welche von der Armenverwaltung ausgewählt sind, als auch die, welche die Mütter selbst ausgesucht haben. Ich glaube nicht fehl zu gehen, wenn ich behaupte, daß die meisten Armenverwaltungen für ein Kind bis zu 2 Jahren durchschnittlich nicht mehr als 10, höchstens 12 Mark monatlich zahlen. Das ist sicher zu wenig, wenn die Pflegemutter das Kind sachgemäß hegen und pflegen soll. Auch bei nicht sehr teuren Lebensverhältnissen wird man ein monatliches Pflegegeld von 15 Mark, neben dem freie ärztliche Behandlung und Arznei mindestens noch zu gewähren ist, als gerade ausreichend bezeichnen müssen, das in anderen Orten vielfach wesentlich höher zu bemessen sein wird. Solche Erhöhung wird unmittelbar keine sehr erhebliche Mehrbelastung des Armenetats mit sich bringen, da ich aus einer gelegentlichen Umfrage bei einer großen Anzahl von Städten gesehen habe, daß in den meisten Städten nur eine geringe Zahl von Säuglingen auf Kosten der Armenverwaltung in Pflege gegeben ist. Anders wird es aber, wenn man diesen Maßstab auch an die Pflegestellen anlegt, für die die Mutter selbst die Entschädigung zahlt. Ich bin der Überzeugung, daß die Zahl solcher Pflegestellen viel erheblicher ist, als man nach den polizeilichen Ziehkinderlisten annehmen muß. Bei diesen Pflegestellen liegt es nun doch erfahrungsmäßig so, daß die Mutter in ihrer ersten Not, ihr Kind unterzubringen, der Pflegemutter ein meist gut bemessenes Pflegegeld verspricht. In vielen Fällen tritt aber bald der Zustand ein, daß die Mutter ihre Zusage nicht halten kann, das Pflegegeld bleibt teilweise oder zu einem erheblichen Betrage aus und in den meisten Fällen schwindet in gleichem Maße auch das Interesse an der guten Behandlung des Kindes. Auch in diesen Fällen wird meines Erachtens die Armenverwaltung nicht umhin können, einzuschreiten. Denn wenn sie selbst bei den ihrerseits untergebrachten Säuglingen anerkennt, daß die notwendige Wartung und Pflege regelmäßig nur bei Gewährung eines Pflegegeldes von bestimmter Höhe geleistet werden kann, so liegt auch in allen den Fällen ein Anlaß zum Einschreiten der Armenpflege vor, wenn eine Pflegemutter, der von privater Seite ein Kind in Pflege gegeben ist, mitteilt, daß sie bei dem ihr tatsächlich von der Mutter gezahlten Pflegegeld, welches hinter jenem Mindestsatz zurückbleibt, die ordnungsmäßige Pflege nicht mehr übernehmen kann oder will. Das wird in praxi allerdings eine wesentliche Vermehrung der Armenkosten für Pflegekinder mit sich bringen.

Diese Kosten können aber nicht auf das Konto der gemeindlichen Fürsorge für die Säuglinge im Sinne obiger Ausführungen gesetzt werden, sondern sind reine Armenpflegekosten. Genau so wie im Kampf gegen die Lungentuberkulose das Bundesamt für Heimatwesen die Armenverbände unter bestimmten Voraussetzungen für verpflichtet erklärt hat, die Kosten einer Unterbringung in einer Lungenheilstätte oder einer ähnlichen Anstalt zu tragen und zu erstatten, ebenso wird auf Grund der besseren Erkenntnis über das, was einem Säugling zur Erhaltung von Leben und Gesundheit notwendig gewährt werden muß, die Zahlung höherer Pflegesätze für Säuglinge von den Armenverwaltungen zu fordern sein.

Die Kosten der städtischen Säuglingsfürsorge.

Wenn es auch, wie bereits früher erwähnt ist, fast unmöglich ist, die Kosten im voraus zu berechnen, welche für die Säuglingsfürsorge bei Durchführung der im § 4 unter II—IV erörterten Maßnahmen aufzuwenden sein werden, so wird man doch einige Anhaltspunkte hierfür finden können.

Für Magdeburg mit einer Einwohnerzahl von rund 245.000, mit — im Jahre 1906 — 5855 Lebendgeburten, von denen 894 unehelich geboren sind, sind für die nach diesen Vorschlägen geplante Regelung folgende Summen errechnet.

I. Stillprämien.

Wird die Prämie in weitestem Umfange bezogen, so beträgt sie für eine Mutter

für 2 Wochen à Mark 1·— = Mark 2·—
für 3 Wochen à Mark 1·25 = Mark 3·75
für 4 Wochen à Mark 1·50 = Mark 6·—
für 4 Wochen à Mark 1·75 = Mark 7·—
für 9 Wochen à Mark 2·— = Mark 18·—
für 22 Wochen = Mark 36·75.

Berücksichtigt man, daß nur ein Bruchteil in solchem Umfange an den Stillprämien teilnehmen wird, daß viele nur wenige Wochen und nur an den geringeren Prämien teilhaben werden, so wird man mit einem Durchschnittsbetrage von 25 Mark für jede Mutter auskommen können. Unter fernerer Berücksichtigung der aus den bisher bereits abgehaltenen Beratungsstunden über die Stilltätigkeit der Mütter gewonnenen Ergebnisse ist für das erste Jahr die Teilnahme von 600 Müttern an der Prämienverteilung angenommen, so daß 25 × 600 = 15.000 Mark für Stillprämien gefordert sind.

II. Säuglingsmilch.

Der Marktpreis der Vollmilch beträgt hier 20 Pfennig für 1 Liter. Es ist bestimmt anzunehmen, daß die den von der Verwaltung gestellten Anforderungen entsprechende Milch zum Preise von 40 Pfennig geliefert werden kann, so daß für jedes Liter 20 Pfennig zuzuzahlen ist.

Nach den Erfahrungen, die bei der bis zum 1. Oktober 1907 betriebenen Milchküche gemacht sind, wird man darauf rechnen können,

daß für 500 Kinder die vorgeschlagene Milch zu liefern ist. Rechnet man für jedes Kind und jeden Tag $^1/_2$ Liter Milch, so sind täglich 250 × 20 Pfennig = 50 Mark, mithin im Jahre 365 × 50 = 18.250 Mark erforderlich.

Da der tägliche Bedarf für jedes Kind mit $^1/_2$ Liter sehr hoch angenommen ist, wird diese Summe reichlich gegriffen sein. Um den Überschuß für die Stillprämien verwenden zu können, für deren Höhe die Unterlagen sehr ungewiß sind, und da Stillprämien und Milchlieferung in enger Wechselbeziehung stehen, ist vorgeschlagen, beide Posten unter sich übertragbar zu gestalten und

für Stillprämien	15.000 Mark
für Milchlieferung	19.000 Mark
zusammen . . .	34.000 Mark

zu bewilligen.

III. Kinderarzt und Pflegerinnen.

Der Kinderarzt ist mit 5000 Mark angestellt. Hiervon werden 3000 Mark auf seine Tätigkeit als Oberarzt der Säuglingsabteilung in der Krankenanstalt, 2000 Mark auf seine Tätigkeit für die öffentliche Säuglingsfürsorge verrechnet.

Die Pflegerinnen erhalten 900 Mark Gehalt. Mit den Kosten für freie Straßenbahn und für Versicherungsbeiträge werden durch jede Pflegerin rund 1025 Mark Kosten erwachsen. Zunächst sind 5 Pflegerinnen eingestellt, deren Zahl allmählich auf 8 zu bringen ist.

Danach betragen die Kosten

für 1 Kinderarzt	2.000 Mark
für 5 Pflegerinnen	5.125 Mark
zusammen . . .	7.125 Mark.

IV. Die Kosten für freie ärztliche Behandlung und Arznei werden mit jährlich . . . . . 1000 Mark ausreichlich bemessen sein.

V. Hierzu kommen die Kosten der Berufsvormundschaft, deren Einrichtung als notwendige Ergänzung der städtischen Säuglingsfürsorge an anderer Stelle geschildert ist. Hier sind 3 Beamte tätig, deren Gehalt mit durchschnittlich 2000 Mark angenommen werden kann.

VI. Setzt man schließlich für die Bereithaltung der Räume pp für die Beratungsstunden, für Bureaubedürfnisse und sonstige kleine Ausgaben noch einen Posten von zirka 800 Mark ein, so ergibt sich folgende Berechnung.

1. Stillprämien	15.000 Mark	
Milchlieferung . . .	19.000 Mark	34.000 Mark
2. 1 Kinderarzt	2.000 Mark	
5 Pflegerinnen . . .	5.125 Mark	7.125 Mark
3. Freie Arznei		1.000 Mark
4. Berufsvormundschaft		6.000 Mark
5. Beratungsstunden, Bureaubedürfnisse und insgemein		875 Mark
im ganzen		49.000 Mark

Schlußwort.

Wenn in einer Stadt die Säuglingsfürsorge in so einheitlicher Weise geordnet wird, wie ich es für notwendig erachte, halte ich es für zweckmäßig, die Verwaltung aller hiermit zusammenhängenden Angelegenheiten von der Armenverwaltung zu trennen und einem besonderen Ausschusse zu übertragen. Dieser Ausschuß wird etwa aus dem Vorsitzenden der Armendirektion und seinem Stellvertreter, dem Kinderarzt, einem Waisenvorsteher, einem Mitgliede der Stadtverordnetenversammlung und einer von derselben zu wählenden Frau, die alle Sitz und Stimme haben, zu bilden sein. Zu groß dürfte der Ausschuß nicht sein, um ein gründliches Zusammenarbeiten aller Mitglieder zu gewährleisten.

Ob meine Vorschläge brauchbar sind, muß die praktische Erfahrung ausweisen. Die Entwicklung derselben aus den für die Säuglingssterblichkeit hauptsächlich anzuführenden Gründen, das organische Ineinandergreifen der empfohlenen Einrichtungen möchte ich als Beweis für ihre Zweckmäßigkeit und weiter dafür ansehen, daß nur bei Schaffung einer einheitlichen und vollständigen Organisation die Möglichkeit gegeben ist, die Säuglingssterblichkeit erheblich einzuschränken. Gelingt dies auch nur zu einem wesentlich geringeren Teil als ich annehme, so werden damit die Kosten überreichlich aufgewogen sein, die mit den vorgeschlagenen Maßnahmen notwendig verknüpft sind.

Tabelle 1. Übersicht über die in Magdeburg im ersten Lebensjahre gestorbenen Kinder im Vergleich zu den Geborenen 1890—1906.

Jahr	Geborene einschl. Totgeborene: überhaupt	darunter ehelich	darunter unehelich	Lebendgeborene: überhaupt	darunter ehelich	darunter unehelich	Gestorbene Kinder unter 1 Jahr ohne Totgeborene: überhaupt	darunter ehelich	darunter unehelich	Gestorbene Kinder unter 1 Jahr: einschl. Totgeborene auf 100 Geborene	ohne Totgeborene auf 100 Lebendgeborene
1906	6771	5835	936	6577	5683	894	1441	1142	299	23·4	21·5
1905	6384	5508	876	6174	5346	828	1505	1205	300	25·9	24·4
1904	6581	5744	837	6370	5576	794	1612	1322	290	27·7	25·3
1903	6729	5887	842	6534	5735	799	1614	1325	289	25·4	23·2
1902	6889	6002	886	6674	5861	813	1322	[illegible]	294	23·3	20·9
1901	7197	6326	871	6985	6158	830	1705	1389	318	26·5	24·4
1900	7483	6629	854	7237	6383	854	1929	1580	349	29·0	26·7
1899	7568	6599	969	7283	6414	869	1843	1457	386	27·5	25·3
1898	8563	7542	1019	7794	6885	909	2127	1720	407	29·1	27·3
1897	7715	6690	1025	7491	6574	917	1968	1575	391	28·9	26·2
1896	7863	6938	945	7627	6730	897	1817	1464	353	26·3	23·8
1895	7761	6935	826	7487	6606	881	2021	1617	404	29·7	27·2
1894	7950	7081	869	7709	6879	830	1985	1594	391	28·1	25·8
1893	8150	7286	864	7894	7067	827	2011	1666	345	27·3	25·4
1892	8273	7400	873	8033	7199	834	2161	1785	376	29·0	26·9
1891	8491	7619	872	8246	7411	835	2071	1762	309	27·3	25·1
1890	8124	7305	819	7913	7116	797	1862	1537	325	25·5	23·5

Tabelle 2. Die Sterblichkeit im ersten Lebensjahre nach der Jahreszeit 1901—1905.

	Jänner	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Zusammen	Auf die einzelnen Quartale entfallen in Prozent I.	II.	III.	IV.
Vorgeborene	60	90	91	88	84	81	74	67	81	94	97	89	1038	26·7	21·9	23·1	26·1
Gestorben im Alter von																	
0—1 Monat	167	144	125	181	143	138	200	246	164	160	149	159	1944	22·4	22·2	31·4	23·6
1—2 Monate	75	60	70	59	66	55	145	179	115	72	79	65	1061	20·4	16·6	42·2	20·6
2—3 „	60	53	72	45	67	50	142	160	114	61	52	54	930	20·6	15·7	45·4	18·0
3—4 „	48	37	62	29	45	45	125	145	68	37	38	44	713	22·2	17·2	45·0	15·6
4—5 „	46	27	43	26	39	49	122	127	68	23	44	40	654	17·8	17·4	48·7	15·9
5—6 „	39	35	38	31	34	45	101	96	62	19	22	20	542	21·8	21·8	46·2	11·2
6—7 „	22	30	30	21	25	27	84	91	84	28	17	25	410	20·0	16·6	47·2	15·2
7—8 „	21	18	29	28	29	28	56	94	59	19	15	12	379	18·0	22·4	47·5	12·1
8—9 „	14	13	24	30	21	29	56	75	80	17	7	21	357	17·1	22·7	47·9	13·2
9—10 „	13	18	19	25	28	28	38	44	19	15	22	23	292	17·1	27·7	34·6	20·5
10—11 „	18	13	22	15	20	18	47	50	15	7	8	13	237	22·2	22·4	45·6	11·8
11—12 „	15	14	7	11	14	17	22	28	21	12	14	18	203	17·9	20·8	39·8	21·9
12 Monat überhaupt	533	492	549	462	511	525	1117	1341	730	481	471	497	7729	20·4	19·4	41·5	18·7

Tabelle 3. Die Sterblichkeit des ersten Lebensjahres 1906 nach der Jahreszeit.

	Jänner	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Zusammen	Auf die einzelnen Quartale entfallen in Prozent I.	II.	III.	IV.
Totgeborene	18	13	18	11	19	20	14	15	29	21	15	15	214	25·7	23·4	27·1	23·8
Gestorben im Alter																	
von 0—1 Monat	37	24	30	37	22	25	45	51	48	32	40	35	424	23·8	22·2	31·1	22·9
„ 1—2 Monate	10	8	6	9	12	13	22	29	18	38	18	6	159	13·8	21·4	43·4	21·4
„ 2—3 „	7	11	14	10	18	8	21	37	29	11	9	6	167	19·1	18·6	46·7	15·6
„ 3—4 „	4	8	4	2	14	6	16	18	25	5	7	11	130	13·3	13·8	39·2	19·2
„ 4—5 „	4	6	6	9	3	8	18	28	19	7	6	3	109	14·7	18·8	52·3	14·7
„ 5—6 „	4	2	6	2	4	8	15	21	9	8	4	5	93	13·2	18·1	54·2	14·5
„ 6—7 „	8	4	8	4	8	11	22	27	5	8	8	8	97	10·3	21·6	55·7	12·4
„ 7—8 „	5	—	2	1	11	3	16	16	7	1	1	2	59	11·9	25·4	55·9	6·8
„ 8—9 „	3	5	4	5	2	11	9	15	7	4	2	6	64	18·8	28·1	34·5	18·8
„ 9—10 „	9	8	4	4	4	8	8	9	6	2	1	9	55	29·1	29·0	41·8	9·1
„ 10—11 „	—	3	—	4	4	5	9	9	1	1	1	2	39	7·7	33·3	48·7	10·3
„ 11—12 „	2	1	4	3	3	—	7	7	1	1	1	5	35	20·0	17·1	42·9	20·0
Überhaupt	98	88	89	90	108	102	206	244	116	78	85	89	1411	17·9	21·8	42·9	17·9

Die beistehenden Zahlen bedeuten die Unehelichen und sind in den anderen enthalten.

Tabelle 4. Die Sterblichkeit der ehelichen und unehelichen Kinder nach Lebensmonaten.

Lebensalter	Überlebende am Schlusse des bezeichneten Zeitpunktes von 1000 Geborenen nach der Sterblichkeitstafel für			Gestorbene im bezeichneten Monat in Promille der Lebenden nach der Sterblichkeitstafel für		
	alle Kinder 1901—05	alle Kinder 1906	die unehelichen Kinder 1906	alle Kinder 1901—05	alle Kinder 1906	die unehelichen Kinder 1906
Geburt	969·27	968·49	955·13	30·73*	31·51*	44·87*
1. Lebensmonat	911·74	905·87	865·55	61·75	67·59	89·53
2. „	880·26	882·60	824·41	34·36	26·15	48·87
3. „	858·51	857·39	782·29	31·66	28·70	52·16
4. „	831·40	839·24	741·07	26·26	21·42	55·99
5. „	812·19	822·39	708·59	23·39	20·06	49·40
6. „	797·06	809·65	683·84	18·81	15·61	35·84
7. „	784·22	794·87	659·22	16·25	18·09	23·77
8. „	773·18	785·65	646·66	14·19	11·70	19·86
9. „	763·87	775·62	628·22	12·77	12·97	29·17
10. „	754·88	766·83	618·54	11·12	11·28	15·54
11. „	748·01	760·08	614·79	8·14	8·12	7·97
12. „	742·18	753·46	609·84	7·83	7·87	12·98

* Totgeborene.

Tabelle 5. Der Einfluß der Sommerhitze auf die Kindersterblichkeit in Magdeburg 1906.

	Geburt	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
		Lebensmonat											
Überlebende am Schlusse des bezeichneten Zeitpunktes in Promille der Geborenen													
a) nach der Sterblichkeitstafel für Juli, August, September	966	899	862	804	774	749	735	698	671	655	647	636	620
b) nach der Sterblichkeitstafel für die 9 übrigen Jahresmonate	993	977	904	878	864	852	844	835	830	819	812	806	808
Sterblichkeit (%) im bezeichneten Lebensmonat													
a) nach der Sterblichkeitstafel für Juli, August, September	3·37	8·38	4·61	3·88	4·28	4·24	3·98	3·88	2·30	1·75	1·29	1·58	1·24
b) nach der Sterblichkeitstafel für die 9 übrigen Jahresmonate	3·06	6·20	1·98	2·01	1·45	1·27	0·97	1·33	0·70	1·14	0·87	0·86	1·16
Verhältnis der Sommersterblichkeit zur Sterblichkeit in den 9 übrigen Jahresmonaten	1·10	1·35	2·33	2·04	2·92	3·34	3·97	3·59	3·37	1·51	2·16	2·42	2·91

ERGEBNISSE DER SÄUGLINGSFÜRSORGE.

HERAUSGEGEBEN VON

PROF. DR. ARTHUR KELLER,

DIREKTOR DES KAISERIN-AUGUSTE-VICTORIA-HAUSES ZUR BEKÄMPFUNG DER SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT IM DEUTSCHEN REICHE.

ZWEITES HEFT.

DIE FÜRSORGE FÜR UNEHELICHE KINDER.

ZWEI VORTRÄGE

VON

PROF. DR. ARTHUR KELLER IN BERLIN UND PROF. DR. HEINRICH REICHER IN WIEN.

LEIPZIG UND WIEN.

FRANZ DEUTICKE.

1909.

Vienna—Nr. 1344

[illegible]

Während der Naturforscherversammlung in Dresden im Jahre 1907 wurde vom Vorstande zum Studium der Fürsorge für uneheliche Kinder und Findlinge ein Komitee, bestehend aus den Herren Geheimen Medizinalräten Prof. Dr. Heubner—Berlin, Prof. Dr. Leopold—Dresden und Prof. Dr. Rubner—Berlin, eingesetzt. Von diesem Komitee wurden die beiden Unterzeichneten aufgefordert, auf der Naturforscherversammlung in Köln 1908 in einer gemeinschaftlichen Sitzung der Abteilungen für Gynäkologie, Hygiene und Kinderheilkunde ein Referat über die Fürsorge für uneheliche Kinder zu halten und Vorschläge für eine einheitliche reichsgesetzliche Regelung zu machen.

Im Interesse der Sache halten wir es für angezeigt, unsere Vorträge in breiterer Ausführung und Begründung zu veröffentlichen.

Keller. Reicher.



VORTRAG

von

PROFESSOR Dr. ARTHUR KELLER.



Die wesentlichen Aufgaben des öffentlichen Kinderschutzes sind solche der Prophylaxe: einmal handelt es sich um Bekämpfung der hohen Sterblichkeit im Kindesalter, weiter um Verhütung der Verwahrlosung. In den wissenschaftlichen Abhandlungen werden beide Richtungen in der Regel getrennt behandelt: Neben der immer mehr anwachsenden Literatur über die Mittel zur Bekämpfung der Sterblichkeit steht eine besondere Literatur über Ursachen, Erscheinungsformen und Verhütung der Verwahrlosung von Kindern. Auch die Gesetzgebung hält dieselbe Trennung aufrecht, und selbst wenn ein Gesetz wie die englische Childrens Bill alle Maßnahmen zum Schutze des Kindesalters: Infant Life Protection, Prevention of Cruelty, Reformatory and Industrial Schools, zusammenfaßt, so bleiben diese Teile doch gesondert und jeder in Organisation und Tätigkeit selbständig.

Müssen wir auch aus praktischen Gründen die Notwendigkeit einer solchen Trennung anerkennen, so dürfen wir darum den engen Zusammenhang zwischen den verschiedenen Zweigen des Kinderschutzes nicht vergessen. Wir brauchen nur verschiedene soziale Momente, wie Unehelichkeit, Vormundschaft, Pflegewechsel, Alimentation, in ihrem Verhältnisse zur Sterblichkeit, Verwahrlosung und Kriminalität der Kinder zu betrachten, um zu erkennen, daß dieselben Ursachen den beiden Erscheinungsformen der Kindernot zugrunde liegen und daß dieselben Mittel zur Verhütung der körperlichen wie der sittlichen Minderwertigkeit, zur Bekämpfung der Sterblichkeit wie der Verwahrlosung dienen. In meinem Referate werde ich mich, soweit es möglich ist, auf die Maßnahmen zum Schutze der Kinder vor körperlichen Schädigungen und Erkrankungen beschränken.

Wenn wir heute Umschau halten, was in Deutschland zum Schutze des Kindes und zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit geschieht, so dürfen wir konstatieren, daß zum mindesten Bewegung und Vorwärtsstreben fast an allen Orten zu bemerken ist. Zahlreiche Fürsorgestellen dienen der Belehrung der Mütter, erhöhte Aufmerksamkeit wird der Milchversorgung der Städte geschenkt; die Zahl der Säuglings- und Mütterheime ist erheblich vermehrt; eine ärztliche und pflegerische Überwachung nach dem Leipziger System ist an vielen Orten eingeführt und wird von den Ziehkindern auf die übrigen Gruppen der gefährdeten Kinder ausgedehnt; von den Kommunen wie von der Wohlfahrtspflege wird das Selbststillen bedürftiger Mütter durch Unterstützung gefördert, die künstliche Ernährung der Säuglinge durch Abgabe von einwandsfreier Kindermilch erleichtert. Überall macht sich die Bewegung zugunsten des Kindesalters fühlbar.

Manche der praktischen Maßnahmen sind derart, daß ein Erfolg nicht ausbleiben kann, andere gelten für unsicher im Erfolge. Wie schwer es ist, die Wirkung sozialer Einrichtungen im voraus zu beurteilen, zeigt uns das Beispiel der sogenannten „Stillprämien“. Die Zahl derer dürfte wohl gering gewesen sein, die nicht überzeugt gewesen wären, daß die Gewährung von Stillunterstützungen, auch in bescheidener Höhe, einen deutlich erkennbaren Einfluß auf die Stillhäufigkeit haben müsse. Die praktischen Erfahrungen stimmen aber damit nicht überein und die bisher vorliegenden Berichte lauten wenig überzeugend. Schiller und Behrens schreiben in ihrem letzten Berichte über die Beratungsstelle in Karlsruhe, es könne für den nüchternen Kritiker kein Zweifel sein, daß durch die naturale Unterstützung stillender Frauen weder ein stärkerer Anreiz zum Stillen noch eine nachweisbare Verlängerung der Stillzeit herbeigeführt wird. In ähnlicher Weise sprach sich mir gegenüber Thiemich über die Erfolge der Magdeburger Stillprämien aus und schreibt mir erst jüngst darüber: „Die Mehrzahl der verheirateten Frauen hat schon mehr oder weniger zahlreiche Kinder vorher, auch ohne Prämien gestillt; diese versagen bei den meisten unehelichen, die arbeiten müssen“. „Ich sehe immer mehr, wie viel stärker die sozialen Verhältnisse sind, als alle Bemühungen des Arztes, auch da, wo bei Müttern und Großmüttern guter Wille nicht fehlt.“ Also auch bei den Stillunterstützungen besteht die große Gefahr, daß sie gerade denen, zu deren Schutz sie in erster Linie geschaffen sind, nicht zugute kommen. Selbst in der Höhe, wie sie in Magdeburg gezahlt werden, — im Sommer Mark 1·75 respektive Mark 2·00 pro Woche — wirken sie doch nur „als Prämien“, nicht als eine Unterstützung oder gar als ein Ersatz für verlorenen Arbeitsverdienst. Daß trotzdem die Unterstützung stillender Mütter nicht etwa wieder aufzugeben ist, daß die Prämien ein wirksames Lockmittel sind, um die Mütter mit ihren Kindern in ärztliche Überwachung zu bringen und festzuhalten, darüber brauche ich kein Wort zu verlieren; ich wollte nur darauf hinweisen, daß auf die Stillhäufigkeit die Prämien nicht den erwarteten Einfluß gehabt haben, und an diesem Beispiele zeigen, wie schwer es ist, die Wirkung sozialer Einrichtungen richtig abzuschätzen.

Auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge sind wir heute vielfach noch im Stadium der Versuche. Der Bericht und die Debatte in der vorjährigen Sitzung der Gesellschaft für Kinderheilkunde hat uns gezeigt, daß z. B. über die Zweckmäßigkeit der Milchküchen große Meinungsdifferenzen herrschen. Und diese Differenzen sind jetzt noch nicht beseitigt. Es existiert bis heute noch kein Rechenschaftsbericht, auf einwandfreies statistisches Material sich stützend, der den unleugbaren Erfolg einer Milchküche demonstrierte und in welchem Erfolge und Kosten einander gegenübergestellt wären. Gewiß liegen Berichte, namentlich von französischer Seite, vor, die von bereits erreichten Zielen sprechen. Aber ich nehme mir die Freiheit heraus, Zweifel zu hegen und auszusprechen: Die Erfolge sind zu schön, um wahr zu sein. Ganz im Gegenteile findet man bei den Ärzten, die mit nüchterner Beobachtungsgabe in der Praxis der Fürsorge

stehen, viel eher eine Neigung zum Pessimismus. Auf die anfänglichen Hoffnungen, zu denen die gefärbten Berichte Veranlassung geben, folgt gar bald die Erkenntnis, daß in der Herabsetzung einer hohen Säuglingssterblichkeit nur langsam, Schritt für Schritt, vorwärts zu kommen ist.

Und wer daran noch zweifelt, dem möchte ich eine Reise durch die Staaten empfehlen, in denen gegenwärtig am eifrigsten an der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit gearbeitet wird. Ich kenne eine Reihe von Consultations und Gouttes de lait in Frankreich und Belgien, die nach der Art ihres Betriebes, nach der Höhe ihrer Frequenz keineswegs den Eindruck erwecken, als ob ihr Einfluß sich in einer wesentlichen Erniedrigung der Säuglingsmortalität äußern könnte.

Der anscheinend nie endende Streit zwischen den Anhängern der gouttes de lait und denen, welche in der Errichtung von Consultations de nourrissons das einzig wirksame Mittel zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit sehen, dieser Streit hat das eine Gute gebracht, daß der ferner Stehende durch den einen Gegner auf die Schwächen des andern aufmerksam gemacht wird. Ich will hier nicht mehr auf die im ersten Hefte dieser Ergebnisse besprochene Frage eingehen, sondern möchte nur den, der sich dafür interessiert, auf die Aufsätze von Augé (La Revue philanthropique, Bd. XXI, S. 492 und Bd. XXII, S. 169) hinweisen. Darin werden in halben Worten, aber darum nicht weniger energisch, Zweifel an den Erfolgen der modernen Fürsorgeeinrichtungen ausgesprochen.

Erst jüngst hat Biedert[1]), der den Rückgang der Säuglingssterblichkeit in Frankreich verfolgt hat, und zwar in der Vermutung, darin eine Wirkung der Säuglingsfürsorge vor sich zu haben, an Zahlen und Kurven die Tatsache demonstriert, daß die Säuglingssterblichkeit nur auf dem Lande kräftig zurückgegangen ist, dagegen in Paris und in den Städten stehen bleibt oder etwas steigt. Der Rückgang der Gesamtsterblichkeit in Frankreich dürfte also seiner Ansicht nach kaum den vielgerühmten Fürsorgebestrebungen zuzuschreiben sein. In England und Schottland ist die Milchküchenbewegung mit starkem Interesse aufgenommen worden, und es ist in kurzer Zeit eine große Reihe von Milchküchen entstanden. Ein guter Teil von ihnen ist aus Mangel an Tätigkeit langsam atrophiert, andere stellten den Betrieb ein, weil die aufgewendeten Kosten in keinem Verhältnisse zu der Zahl der versorgten Kinder stand. Und so hat sich das Interesse der Wohlfahrtspflege den Fürsorgestellen, den Schools for Mothers und den Dinners für Schwangere und Stillende usw. zugewendet. In Schweden existieren zwar Milchküchen in vielen Städten und in großer Zahl, aber sie sind fast alle mit Beratungsstunden verbunden, keine von ihnen versorgt wohl mehr als 40 Kinder, so daß praktisch ein Einfluß nur schwer zu konstatieren sein wird. Dagegen beschäftigt man sich in allen skandinavischen Staaten lebhaft mit der Fürsorge für uneheliche Kinder und mit einer Organisation des Pflegewesens.

[1]) Sonderabdruck aus Medizinische Reform, Wochenschrift für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik. 1908.

Wir sehen, wie gesagt, **überall Bewegung, aber bisher hat die Bewegung noch keine sichere Richtung.** Wer in der Lage ist, die zahlreichen Gründungen der Säuglingsfürsorge in ihrem Schicksale zu verfolgen und zu sehen, wie viele Mittel für diese Zwecke aufgebracht werden, der wird den Wunsch hegen, daß zunächst einmal zuverlässig die Erfolge der verschiedenen Einrichtungen zu konstatieren sind, ehe wir versuchen können, der Bewegung eine bestimmte Richtung zu geben.

Wohl aber sind wir imstande, einige **allgemeine Gesichtspunkte** aufzustellen, die für die Durchführung im einzelnen maßgebend sein dürften. Einmal ist unbedingt wünschenswert, daß alle Bestrebungen zum Schutze des Kindes in der Gemeinde, im Regierungsbezirke, im Bundesstaate nach Möglichkeit **zentralisiert** werden. Welche Aufgaben einer kommunalen Zentrale für Säuglingsfürsorge erwachsen und wie sie zu erfüllen sind, darüber haben Lindemann und ich an der Hand der Magdeburger Erfahrungen im ersten Hefte der Ergebnisse berichtet. Wie erfolgreich der Zusammenschluß der Bestrebungen in einem größeren Bezirke eingreifen kann, lehrt uns das Beispiel von Düsseldorf. Die größeren Zentralen, wie z. B. die Hessische und das Kaiserin Auguste-Victoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche haben die Zweckmäßigkeit ihrer Organisation noch zu erweisen. Ferner ist notwendig, daß in der Säuglingsfürsorge alle Kräfte nach **einheitlichen** leitenden Gesichtspunkten tätig sind. Alle Säuglingsanstalten, mögen sie nun heißen, wie sie wollen, haben als wichtigste Aufgabe die Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeit. Das sicherste Mittel dazu ist die Förderung des Selbststillens; also ist der Erfolg der Anstalten danach zu beurteilen, was sie für die Propaganda des Selbststillens leisten. Und weiter sind die Anstalten nicht nur als Stätten ärztlicher Hilfe, sondern in erster Linie als Organe der gesamten Säuglingsfürsorge zu betrachten und haben als solche ihre Pflicht zu tun. Der Betrieb, die Auswahl der Aufnahmen und die Bestimmung der Entlassungen ist unter diesem Gesichtspunkte zu regeln, und es kann wahrlich nicht genug betont werden, daß der Erfolg der geschlossenen Fürsorge von ihrer Verbindung mit der offenen abhängt und umgekehrt.

Und was die **offene Fürsorge** anbetrifft, so hat uns die Erfahrung gelehrt, daß zunächst ihre wesentliche Aufgabe die zweckentsprechende Belehrung der Mutter über Pflege und Ernährung des Kindes ist. Am erfolgreichsten findet diese Belehrung durch den Arzt der einzelnen Mutter gegenüber statt; doch bewähren sich auch populäre Vorträge. Unser Ziel ist, durch die Belehrung im einzelnen Falle — sie fällt oft nicht auf fruchtbaren Boden — eine Erkrankung des Kindes zu verhüten und im ganzen die Bräuche der Säuglingspflege und Ernährung, die sich im Volke eingebürgert haben, soweit sie sich als schädlich erwiesen, umzuformen. Das letztere geht langsam, zumal sich nicht unbedeutende Widerstände entgegenstellen, aber es ist sicher zu erreichen.

Mit der Belehrung allein aber ist's in vielen Fällen nicht getan.

Rat und Tat ist es, was dann not tut. So sicher es ist, daß in der Regel nicht Mangel an gutem Willen, sondern an Erkenntnis die Schuld daran trägt, daß die Mutter ihr Kind unzweckmäßig ernährt, so sicher ist es, daß nur allzuhäufig die bittere Not die eine Mutter zwingt, Arbeit außer dem Hause zu suchen und ihr Kind künstlich zu ernähren, die andere, es fremder Pflege anzuvertrauen, und daß gar oft der Mangel am Nötigsten Schuld an der unzweckmäßigen Ernährung von Kind und Mutter ist. Da nützen alle Ratschläge nichts, sondern da muß materiell unterstützt werden, und zu dieser werktätigen Hilfe werden sich Wohltätigkeit, Wohlfahrtspflege, Armenpflege und Selbstfürsorge zusammentun müssen, um den bestehenden Notstand zu beseitigen.

Wie sich die Aufgaben verteilen, darüber werde ich später sprechen; vorerst muß ich noch einmal auf die bereits im ersten Heft erörterte Frage zurückkommen, in welchen Fällen die **Anstaltspflege** notwendig ist. Da sind zunächst einmal die Fälle, in denen die Mutter aus wirtschaftlicher Not nicht imstande ist, ihr Kind zu stillen, wenn ihr nicht Obdach und Unterhalt in einer Anstalt geboten wird. Aus den Entbindungsanstalten werden die Mütter in der Regel 8—10 Tage nach der Entbindung entlassen, und viele von ihnen stehen dann auf der Straße, ohne zu wissen, wie sie sich und ihr Kind erhalten sollen. Was bleibt übrig, als daß die Mutter in Arbeit geht und das Kind in fremde Pflege gibt? — Viele Kinder werden von der Brust abgesetzt, nur darum, weil die Mutter die Schwierigkeiten nicht überwindet, welche sich den Stillversuchen entgegenstellen. In Anstaltspflege würde das Kind gestillt.

Notwendig ist die Anstaltsbehandlung in bestimmten Fällen für kranke Säuglinge, ebenso für früh- oder schwachgeborene, solange ihre Ernährung besondere Vorsicht und ihre Pflege Maßnahmen erfordert, die auch die willigste Mutter in einer armen Familie nicht zu leisten vermag. Ferner gehören ins Krankenhaus alle Kinder, bei denen eine Erkrankung an Erbsyphilis mit Sicherheit oder auch nur mit Wahrscheinlichkeit zu diagnostizieren ist. In diesen Fällen muß dem Arzte das Recht der zwangsweisen Überweisung ins Krankenhaus zustehen.

Nun ist Deutschland wohl schneller als andere Staaten mit der Gründung von Heimen, Asylen und Krankenhäusern für Säuglinge in der letzten Zeit vorangegangen. Aber das, wofür meines Erachtens das dringendste Bedürfnis vorliegt, sind **Heime**, in denen die Mutter unmittelbar nach der Entlassung aus der Entbindungsanstalt Aufnahme mit ihrem Kinde findet. In keiner Großstadt habe ich so viele, diesem Zwecke dienende Anstalten gefunden und ihre Vorteile so rühmen gehört wie in Stockholm; zum Teil sind es neugebaute, allen hygienischen Anforderungen entsprechende Gebäude, zum Teil sind sie recht primitiv in alten Baulichkeiten untergebracht. Aber mögen sie modern sein, so sind sie doch einfach; und mögen sie primitiv sein, so sind sie doch sauber und in jedem Fall erfüllen sie ihren Zweck, den Müttern mit ihren Kindern Schutz und Obdach für die Zeit zu gewähren, in denen sie des Schutzes am meisten bedürfen. Der Aufenthalt in der Anstalt dauert in der Regel

6—8 Wochen, und selten verlassen sie das Asyl, ohne daß für ihr weiteres Unterkommen nach Möglichkeit Sorge getragen ist. Ich bin der festen Überzeugung, daß wohl kaum eine Maßregel so wirksam in der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit sein würde, als wenn wir zu erreichen imstande wären, daß sämtliche in dürftigen Verhältnissen lebende und der Fürsorge bedürftige Mütter mit ihren Kindern für die ersten 6—8 Wochen Unterkunft in verständig geleiteten Anstalten finden.

An dieser Stelle wäre die Frage einzuschalten, aus welchen Mitteln die Anstalten zu errichten und zu erhalten sind. Die Anregung ist an den meisten Orten von der privaten Wohlfahrtspflege ausgegangen, und die Kommune würde, selbst wenn sie die Mittel dazu anwenden wollte, einen großen Fehler begehen, falls sie derartige Einrichtungen in der Weise schaffen wollte, daß sie sie selbst ins Leben ruft und verwaltet. Sache der Kommune ist die Unterhaltung von Anstalten zur Pflege kranker Säuglinge, die Gründung und Erhaltung von Heimen für gesunde und kranke Kinder dürfte — eventuell mit Unterstützung der Kommunen — Aufgabe der Wohlfahrtspflege bleiben und gehört nach der ganzen Art des Betriebes in ihr Gebiet herein. Auch mit den bescheidensten Mitteln ist ein Anfang zu schaffen, wir brauchen keine luxuriösen Anstalten, sondern einfache Heime, in denen die Mütter in der ganzen Lebensführung nicht verwöhnt, sondern zur Arbeit und zum Lernen angehalten werden.

Vom Standpunkte vernünftiger Wohlfahrtspflege halte ich die **zweckmäßige Beschäftigung der Mutter im Heime sowie ihre Unterbringung in geeigneter Stellung nach der Entlassung** für ebenso wichtig wie die Aufgabe, daß Mutter und Kind im Heime Obdach und Schutz finden. Wenn man über Säuglingsfürsorge schreibt, ist nicht zu vermeiden, daß auch Fragen des Mutterschutzes in den Bereich der Betrachtungen gezogen werden. Die Frage der Beschäftigung der Mutter im Heime ist für den Kinderschutz von großer Bedeutung, weil die Mutter nach einer hauswirtschaftlichen Ausbildung im Heime viel eher in die Lage versetzt wird, eine bessere Stellung zu finden und so für ihr Kind pekuniär besser zu sorgen, und weil sie durch die Erziehung im Heim eher befähigt wird, die Erziehung des eigenen Kindes zu leiten.

Wenn man die Anstalten, in denen Mütter und Kinder Aufnahme finden, durchwandert, so findet man die Frage der Beschäftigung der Mütter in sehr verschiedener Weise gelöst. Ursprünglich bestand in den meisten die Meinung, daß man durch Heranziehung der Mutter dem eigenen Pflege- und Dienstpersonal die Arbeit wesentlich erleichtern, respektive die Zahl desselben herabsetzen könne. In einigen Anstalten hat sich diese Hoffnung erfüllt, in manchen Heimen ist außer einer aufsichtführenden Schwester und einer Leiterin für die Wirtschaftsabteilung überhaupt kein Personal angestellt und alle Arbeit im Hause wird von den Müttern getan. In anderen Anstalten ist die Hoffnung gescheitert und die Mütter tun keine andere Arbeit, als die grobe Arbeit auf der Station und die Pflege ihres eigenen Kindes. Der Erfolg dieses Teiles sozialer Fürsorge

hängt im wesentlichen davon ab, wieweit die leitenden Persönlichkeiten die Frauen zur Arbeit anzuhalten verstehen, und weiter davon, wie sehr sich die Mütter bewußt sind, daß sie für den Betrieb der Anstalt notwendig sind. Die Ammen wissen z. B. recht gut, daß sich der Arzt in Zeiten, in denen viele schwerkranke Säuglinge auf der Station liegen und Not an Frauenmilch ist, nur sehr schwer entschließen wird, eine Amme zu entlassen, die er zu anderen Zeiten wegen ihrer Unbotmäßigkeit und Trägheit je eher je lieber entläßt. Aber wie dem auch sei, für den ordnungsmäßigen Betrieb des Heimes ist es notwendig, daß die Mütter regelmäßig beschäftigt werden, und im Interesse der Mütter ist es, daß diese Beschäftigung zu ihrer Weiterbildung ausgenutzt wird.

Sie sollen Unterricht erhalten in der Behandlung der Wäsche, im Zuschneiden und Anfertigen von einfachen Kinderkleidchen, so daß sie einen Nutzen für ihren eigenen Haushalt aus der Anstalt mitnehmen. Die Verwendung der Arbeitskräfte könnte in zweifacher Weise geschehen. Einerseits wird der Wäschevorrat der Anstalt auf diese Weise ergänzt und die Flickarbeiten werden erledigt. Haben die Mütter diesen Unterricht genossen und ist ihre Arbeit der Anstalt zustatten gekommen, so wird ihnen dafür eine Entschädigung geboten, insofern sie vom Ende des dritten Monates nach der Entbindung das Recht erhalten, für ihr eigenes Kind eine kleine Ausstattung an Wäsche und Kleidern zu arbeiten. Sie haben der Anstalt nur die Unkosten für die Rohmaterialien zu erstatten. Auf diese Weise würde die Anstalt gewissermaßen für die Mütter eine Haushaltungsschule darstellen, deren Vorteile gar mancher Mutter, welche aus der Schule unmittelbar in eine Fabrik oder in ein Geschäft eingetreten ist, zustatten kommen.

Andererseits halte ich es für angebracht, den Müttern auch einen ihrer Auffassungsgabe angepaßten Unterricht in Pflege und Ernährung des Kindes zu erteilen und so ihnen die praktischen Maßnahmen, die sie in der Pflege des Kindes beobachten und zu denen sie auf der Station angehalten werden, zu erklären. Es kann nicht ausbleiben, daß Mütter, die 5—6 Monate hindurch auf einer Säuglingsstation sind, in der Pflege des Kindes, in der Zubereitung der Nahrung einen Unterricht durchmachen, wie ihn die Pflegerinnen erfahren. Wenn man dieses praktische Arbeiten auch nur etwas durch den Unterricht ergänzt, so glaube ich, daß die Mütter die Anstalt mit der Fähigkeit verlassen werden, in ihren Kreisen für die Verbreitung vernünftigerer Anschauungen über Säuglingsernährung zu wirken. Mir erscheint diese Frage der zweckmäßigen Beschäftigung der Mutter recht wichtig; und wenn auch in Anstalten, die in erster Linie der Aufnahme kranker Säuglinge dienen, die Mutter zu allererst als Amme und wie diese in mancher Familie als ein notwendiges Übel angesehen wird, so dürfen wir doch bei dem Betriebe von Heimen nicht vergessen, den Aufenthalt dort für die Erziehung der Mütter auszunutzen.

Einen in vieler Beziehung musterhaften Betrieb habe ich in einem Versorgungshause in einer Vorstadt Kristianias kennen gelernt. **Schbelows**

Stiftelse ist vor 16 Jahren nach dem Prinzip der Lungstrasseschen Anstalt in Bonn eingerichtet, nimmt nur „erstgefallene“ Mädchen mit ihren Kindern, und zwar in der Regel für ein ganzes Jahr auf. Als wirksamstes Mittel, um die Mädchen vor Rückfällen zu bewahren, wird die Liebe zum Kinde und die Religion benutzt. Daneben aber geht das energische Streben der Anstaltsleiterin dahin, die Mädchen zur Arbeit anzuhalten und sie in Hauswirtschaft so auszubilden, daß sie nach der Entlassung gute Stellungen finden. In Kristiania sind die Mädchen der Schielow Stiftelse als tüchtig wohl bekannt und gesucht. Der tätige Arbeitsgeist, der im Hause herrscht, die vernünftige Organisation der Arbeit, die Versorgung von Mutter und Kind zeichnen diese Anstalt vor allen ähnlichen Anstalten in Deutschland, soweit ich sie kenne, aus, und die Erfolge in der Säuglingsernährung sind — ich muß es leider bekennen — in dieser Anstalt, deren Leitung nicht ärztlich ist, besser als in mancher anderen.

Ich habe oben gesagt, daß die Anstaltspflege kranker Kinder Sache der Gemeinde ist, daß dagegen aus vielen Gründen die Heime für gesunde und rekonvaleszente Kinder ins Gebiet der Wohlfahrtspflege hineingehören. Eben dahin gehören auch **Krippen** und Kindergärten, soweit diese Aufgabe nicht von den Fabriken selbst übernommen wird. Die Neigung zur Gründung von Krippen scheint bei den deutschen Industriellen sehr gering, so daß von verschiedenen Seiten immer wieder nach einer gesetzlichen Vorschrift verlangt wird, welche der Fabrik, die eine bestimmte Anzahl Frauen beschäftigt, wie in Italien und Portugal, die Einrichtung von **Stillstuben** zur Pflicht macht. Diesem Verlangen gegenüber kann man nur darauf hinweisen, daß derartige gesetzliche Vorschriften unter Umständen gerade das Gegenteil von dem erreichen, was sie erreichen wollen. In Deutschland pflegen die Gesetze nicht nur ausgearbeitet und gegeben, sondern auch befolgt zu werden. Und es liegt, wenn die Fabrikbesitzer gezwungen werden, Stillstuben einzurichten, und ihre Arbeitskräfte zeitweilig von der Arbeit zu dispensieren, jedenfalls im Interesse der Kinder Opfer zu bringen, die Gefahr sehr nahe, daß in manchen dieser Fabriken Frauen überhaupt nicht mehr beschäftigt oder daß Schwangere entlassen werden. Um so höher ist anzuerkennen, daß sich einzelne Industrielle freiwillig entschlossen haben, den stillenden Müttern Erleichterungen und Vergünstigungen zu verschaffen, und zwar ohne Unterschied, ob es sich um ledige oder verheiratete Mütter handelt.

Mir erscheinen Stillstuben geradezu als ein Beispiel von sozialen Einrichtungen, welche Aufgabe der privaten Wohlfahrtspflege bleiben müssen. Wie Staat und Gemeinde dabei helfend eingreifen können, zeigt uns das Vorgehen in den Berliner Vororten. Für diese ist erst jüngst vom Ministerium des Innern angeregt worden, daß in den Fabriken, welche Frauen beschäftigen, Stillstuben zur Verfügung gestellt werden. Die Vororte Schöneberg und Weißensee haben diesen Gedanken sofort aufgenommen und sich bereit erklärt, alle Unkosten für die ärztliche Kontrolle der Stillstuben und für die Anstellung einer Schwester zu tragen. Den

Privatfabriken sind übrigens mit gutem Beispiele die staatlichen vorangegangen. Vom preußischen Kriegsministerium ist verfügt worden, daß von den Direktoren der Militärwerkstätten in Spandau alle dort beschäftigten Arbeiterinnen, die als junge Mütter ihre Säuglinge selbst stillen, täglich einen dreistündigen Urlaub erhalten. Zugleich hat der Minister angeordnet, daß diese Arbeiterinnen, welche die Zeit zum Stillen ihrer im Säuglingsheime befindlichen Kinder verwenden, denselben Lohn erhalten, als wenn sie während dieser Zeit gearbeitet hätten.

Das Thema „Stillkrippe" und die Erinnerung an den Besuch einer Krippe, die sich einer großen Berühmtheit in Deutschland erfreut und stets als eines der Vorbilder angeführt wird, gibt mir zu einer Mahnung Veranlassung, welche sich in Gegensatz zu dem Lobe stellt, das ich der Sebbelow Stiftelse erteilen konnte. In der Krippe, die ich meine, wurden viele Kinder verpflegt, aber fast alle, besonders die jüngeren und jüngsten, waren systematisch stark überfüttert. Diese Anstalt stand unter ärztlicher Aufsicht, aber bezüglich Ernährung herrschten derartige Anschauungen, daß man wohl kaum von einem segensreichen Einflusse der Krippe auf die Volksanschauung sprechen kann. Es würde mich zu weit führen, wenn ich auf die Volksbelehrung hier eingehen wollte; ich will nur eine Erfahrung aus jüngster Zeit anführen. Ein hochverdienter Kollege — übrigens kein Pädiater — hat für die Hebammen eine Belehrung über die Aufgaben der Mütter- und Säuglingsfürsorge geschrieben, ohne besonders eindringlich auf die Notwendigkeit langer Nahrungspausen bei der Säuglingsernährung hinzuweisen. Auf meine Anfrage, warum er es nicht getan habe, erhielt ich die Antwort: „Bezüglich der geringen Zahl der Mahlzeiten sind wir völlig d'accord, nur das Merkblatt des vaterländischen Frauenvereines hat uns die Sache verdorben." Doch das nur nebenbei!

Ich habe in meinen bisherigen Ausführungen über die Fürsorgeeinrichtungen zum Schutze des Kindes ohne eingehende Begründung meine Ansicht darüber ausgesprochen, ob **diese oder jene Einrichtung Sache der Kommune oder der Wohlfahrtspflege sei.** Es dürfte an der Zeit sein, daß ich meine Ansicht motiviere. Ich muß gestehen, daß es mir nicht ganz leicht würde, eine strikte Definition zu geben, wenn ich mich nicht auf so autoritative Gutachten berufen könnte, wie sie bei Gelegenheit der ersten Konferenz der Zentralstelle für Volkswohlfahrt am 21. Oktober 1907[1])

[1]) Wenn es auch mißlich ist, Sätze aus dem Zusammenhange herauszureißen, so möchte ich doch einige Aussprüche aus den Vorträgen, welche auf der Konferenz gehalten wurden, wörtlich zitieren: „Wohlfahrtspflege ist eine freie Tätigkeit zu einer sozialen Besserung, die durch besondere Rechtseinrichtungen gerade nicht erreicht werden kann." (Stammler). „Wir würden der sozialen Fürsorge auf materiellem Gebiete einen gewissen Makel anheften, wenn wir sie in ihrem Wesen der Armenpflege völlig gleich achteten, soweit diese nicht präventiver Natur ist und damit schon Grenzgebiete zur sozialen Fürsorge im weiteren Sinne bildet." (R. v. Erdberg). „Nach der von Herrn Prof. Dr. Stammler gegebenen Definition liegt das Feld der Tätigkeit der

abgegeben worden sind. Dort ist das „Programm der Wohlfahrtspflege" entwickelt und etwa in folgender Weise präzisiert worden: Die Wohlfahrtspflege ist von Armenpflege und Wohltätigkeit zu scheiden, sie hat die Aufgabe, soziale Schäden aufzudecken und ihre Besserung durch Versuche im kleinen Maßstabe vorzubereiten. Das Feld ihrer Tätigkeit liegt da, wo die Gesetzgebung überhaupt nicht oder noch nicht zur Hebung sozialer Schäden eingreifen kann, oder durch die Gesetzgebung nicht alle Schäden behoben werden können. Und die Hauptaufgabe des Staates bei der Pflege der Volkswohlfahrt ist, dieser durch Gesetze einerseits fortdauernd Gebiete der Betätigung zu entziehen, andererseits ihr eben dadurch immer neue Gebiete zu erschließen.

In meiner praktischen Tätigkeit im Dienste der Säuglingsfürsorge habe ich diese und ähnliche Fragen des öfteren durchdacht und namentlich mit Vertretern kommunaler Verwaltungen besprochen. Ohne theoretische Kenntnisse auf diesem Gebiete war ich durch die Praxis zu Anschauungen gekommen, die ich nun von autoritativer Seite bestätigt finde. Wenn ich die in den Vorträgen ausgesprochenen Grundgedanken als Richtungslinien festhalte und meine Erfahrungen anschließe, so möchte ich glauben, daß Heime und Krippen ihrer Natur nach Aufgabe der Wohlfahrtspflege sind und bleiben werden, und daß die Errichtung und Unterhaltung von Milchküchen zum mindesten so lange in ihr Gebiet gehört, als sie noch nicht über das Stadium des Experimentes herausgekommen sind.

Wohlfahrtspflege da, wo die Gesetzgebung überhaupt nicht oder noch nicht zur Hebung sozialer Schäden eingreifen kann oder durch die Gesetzgebung nicht alle Schäden behoben werden können. Hieraus ergibt sich ohne weiteres, daß die Wohlfahrtspflege Pfadfinder und Schrittmacher für den Gesetzgeber für neue Gesetze ist, und ferner, daß sie Lücken der Gesetzgebung auszufüllen, sie zu ergänzen hat und damit stets gleichzeitig Antreiber ist für eine Vervollkommnung bestehender Gesetze. Aber man mag sich die Gesetze so vollkommen vorstellen, wie man will, stets wird ein Rest für die Wohlfahrtspflege übrig bleiben." (Harms). „Zusammenfassend ist also die Hauptaufgabe des Staates bei der Pflege der Volkswohlfahrt, dieser durch Gesetze einerseits fortdauernd Gebiete der Betätigung zu entziehen, andererseits aber ihr eben dadurch immer neue Gebiete zu erschließen." (Harms). „Hauptaufgabe in der Organisation der Wohlfahrtseinrichtungen muß sein, daß sie geschieden ist äußerlich von dem, was Armenpflege, was Wohltätigkeit sein könnte." — „Aber wenn die Stadt anfangen sollte, kommunale Wohlfahrtseinrichtungen nur in der Art zu schaffen, daß sie sie selbst ins Leben ruft und verwaltet, so würde sie einen großen Fehler begehen, weil sie sich damit der Mitarbeit einer ganz ungeheuren Anzahl Leute berauben würde." — „Fassen wir die Wohlfahrtseinrichtungen so auf, daß sich in ihnen der Wunsch der Gesellschaft ausprägt, auf vorhandene Schäden bedacht zu sein, in ihnen ausprägt das Bestreben der Gesellschaft, Besserungen durch Versuche in kleinem Maßstabe vorzubereiten, die vielleicht später von der Gesetzgebung aufgenommen werden, vielleicht sich auch in ganz anderer Weise, nämlich hauptsächlich oder ausschließlich durch freie Tätigkeit der dafür Interessierten vollziehen — ich habe bereits vorher darauf hingewiesen, daß durchaus nicht ein Entwicklungsgesetz besteht, nach dem stets Individuum, Verein, Staat einander ablösen, sondern daß jeder von ihnen sein eigenes Gebiet hat — fassen wir also die Wohlfahrtseinrichtungen so auf, dann sieht man, daß sie ihre guten und wichtigen Funktionen haben." (Flesch).

Größere Gemeinden werden die Wohlfahrtspflege in ihren Experimenten wie in ihren bleibenden Aufgaben durch Zuwendungen stets unterstützen, aber wir müssen uns vor einem Trugschlusse hüten. Wenn wir heute von moderner Säuglingsfürsorge sprechen, so denken wir in erster Linie an die Großstädte und kommen dadurch leicht zu einer Überschätzung dessen, was erreicht ist. In unseren Großstädten sind tatsächlich nicht gar viele Ausstände zu machen. Die meisten von ihnen bringen heute diesem Teile der Fürsorge erkleckliche Opfer. Nur in einem Punkte wollen auch die, welche praktisch energisch helfen, nicht nachgeben, insoferne sie sich gegen jede Ausdehnung ihrer Verpflichtungen über das Maß von Unterstützungen hinaus, wie sie es nach dem Gesetze auffassen, sträuben. Von verschiedenen Seiten versucht man gegen die Auffassung, welche die Armenverwaltungen von dem Maße ihrer Verpflichtungen haben, anzukämpfen. So ist auf dem X. Fürsorgeerziehungstage in Straßburg 1908 der Direktor der Frankfurter Zentrale für private Fürsorge Dr. Polligkeit für das Recht des Kindes auf Erziehung und für die Verpflichtung der **Armenpflege**, jedem Kinde ein gewisses Mindestmaß von Erziehung zu schaffen, eingetreten. In demselben Sinne können wir von dem Rechte des Kindes auf normale Pflege und Ernährung sprechen und damit wäre auch der Anspruch begründet, daß der Mutter, die arm ist, nicht nur Nahrung, Kleidung und Obdach von der Armenpflege zu sichern, sondern so weit Unterstützung zu gewähren ist, daß sie in die Lage versetzt wird, ihr Kind selbst zu stillen. Aber diese Forderung wird wohl vorläufig ebenso lebhaften Widerspruch finden wie die von Polligkeit.

So sehr anzuerkennen ist, daß unsere Großstädte es an Leistungen in der Säuglingsfürsorge nicht fehlen lassen, so bleibt doch noch vieles zu wünschen übrig. Nicht Ausnahme, sondern Regel ist es, daß besonders die ledige Mutter gezwungen ist, jeden Groschen, den sie verdient, für die Pflege des Kindes hinzugeben, ehe die Armenpflege helfend eingreift. Der Praxis entnehme ich als Beispiel folgenden Fall. Die Mutter wird mit ihrem gesunden Kinde in die Abteilung für kranke Säuglinge aufgenommen und leistet dort Ammendienste. Bei Herabgehen ihrer Milchproduktion wird die Mutter nach einigen Wochen entlassen und sucht wieder eine Stellung als Dienstmädchen. Das Kind findet für den ermäßigten Pflegesatz von 15 Mark monatlich Aufnahme im Säuglingsheime. Der Vater des Kindes, über den die Mutter nur höchst mangelhafte Angaben zu machen vermochte, war nicht zu eruieren, die Armenverwaltung erklärt sich bereit, eine monatliche Unterstützung von 3 Mark zu zahlen, und die Mutter muß also von ihrem Monatsverdienste von 20 Mark nicht weniger als 12 Mark für die Pflege ihres Kindes hergeben.

In dieser Praxis liegt eine große Gefahr, deren Anzeichen heute noch nicht deutlich genug sind, um die allgemeine Aufmerksamkeit zu erregen, die sich aber nicht wegleugnen läßt. Abgesehen davon, daß wir die Mutter veranlassen, um ihre Auslagen herabzusetzen, auch ihre Ansprüche an die Pflege herabzusetzen und das Kind in einer billigeren Pflege unterzubringen, halte ich es mit den Interessen der Volkswirtschaft

nicht vereinbar, der einzelnen Mutter unerschwingliche Kosten für die Unterhaltung ihres Kindes aufzuerlegen. Wir werden sie damit nicht von der Unsittlichkeit abhalten, sondern vom Kinderkriegen. Und unsere sinkende Geburtenzahl sollte uns wohl zur Vorsicht mahnen.

Die Vertretung deutscher Berufsvormünder[1] hat die Aufmerksamkeit darauf hingelenkt, daß bei den Prozessen gegen uneheliche Väter vielfach noch Unterhaltssätze angenommen werden, die den Bedürfnissen der unehelichen Kinder nicht entsprechen. Die Vormundschaftsgerichte haben sich dabei nach den Sätzen gerichtet, welche von Behörden für Armenpflegekinder bezahlt werden. Diese bleiben aber hinter den ortsüblichen Sätzen, wie sie von den unehelichen Müttern bezahlt werden, beträchtlich zurück und dürfen daher nicht als Maßstab dienen. Wie die Berufsvormundschaft in derartigen Einzelfällen mit Erfolg eingegriffen hat, so hat sie auch mit einer Eingabe an die Justizministerien der Einzelstaaten deren Unterstützung erreicht, insofern als die Gerichtsschreibereien Anweisung erhalten haben, bei der Aufnahme von Alimentenklagen die Forderung genügend hoher Renten im Auge zu behalten. Dabei handelt es sich im wesentlichen um eine Vertretung der Rechte des Kindes gegenüber dem Erzeuger, also um die wesentlichste Pflicht des Vormundes. Dieser hat aber auch die Rechte des Kindes gegenüber der Armenverwaltung zu vertreten und die Mutter in Fällen, wie in dem oben erzählten, mit seinem Rate zu unterstützen. Denn mit den Interessen der Mutter, die für ihr Kind sorgen will, werden gleichzeitig die des Kindes geschädigt. Ebensowenig wie das Vormundschaftsgericht die Unterhaltssätze, welche von Behörden für Armenpflegekinder gezahlt werden, auf Privatverhältnisse übertragen darf, ebensowenig darf es die Armenverwaltung tun. Und wie dem unehelichen Vater gegenüber so hat auch in entsprechenden Fällen der Armenpflege gegenüber der Berufsvormund die Pflicht, dafür zu sorgen, daß ausreichende Unterhaltssätze anerkannt werden und daß die Mutter nicht über ihre Leistungskraft hinaus zur Alimentierung ihres Kindes gezwungen und dadurch in ihrer Erwerbsfähigkeit eventuell dauernd geschädigt wird.

In den größeren Städten wird durch die Tätigkeit der Berufsvormundschaft das Erreichbare allmählich erreicht werden. Aber schlecht steht es in kleinen Gemeinden, die einfach nicht in der Lage sind, den Anforderungen, welche wir im Sinne des Kinderschutzes an sie stellen müssen, gerecht zu werden. Hier kann wohl nur einen Wandel schaffen, wenn das schon längst von verschiedenen Seiten ausgesprochene und begründete Verlangen erfüllt wird, daß die kleinen Gemeinden zu größeren Armenverbänden zusammengeschlossen werden, welche im Notfalle durch staatliche Unterstützung in die Lage zu versetzen sind, die Lasten zu tragen.

---

[1] Vorberichte zur zweiten Tagung deutscher Berufsvormünder, S. 17. — Zur Frage der Berufsvormundschaft, II. Teil, S. 88 und IV. Teil, S. 4.

Neben einer Erweiterung der Armenpflege ist aber durch die Weiterentwicklung unserer **Arbeiterversicherung** darauf hinzustreben, daß nach Möglichkeit an Stelle der öffentlichen Unterstützung die, wenn auch auf staatlicher Verpflichtung beruhende Selbstfürsorge tritt.

Soweit es sich um Mutterschutz und Mutterschaftsversicherung handelt, welch letztere jetzt sehr oft auf die Tagesordnung gebracht wird, möchte ich mich auf die Ausführungen von Fräulein Doktor Alice Salomon berufen, welche das vorhandene Tatsachenmaterial in außerordentlich klarer Weise zusammenstellt und die Reformvorschläge kritisch beleuchtet. Es hat wohl keinen Zweck, daß ich diese Frage, welche erst vor kurzem in der Tagung des deutschen Vereines für Armenpflege und Wohltätigkeit ausführlich behandelt ist, nochmals aufrolle. Ich will hier nur den Gedankengang von Alice Salomon kurz wiedergeben, zumal ich ihren Schlußsätzen kaum etwas Wesentliches hinzuzusetzen habe und sie den meinigen anfügen möchte. Es sind verschiedene Probleme, die der Mutterschutz umfaßt. Das Problem der Arbeiterfrau, der in ihrer Häuslichkeit oder unter Umständen anderwärts die nötige Ruhe und Pflege gesichert werden muß, das Problem der verheirateten Arbeiterin, bei der sich zu diesen Bedürfnissen noch die Notwendigkeit gesellt, ihr einen Ersatz für den ausfallenden Lohn zu sichern, schließlich das Problem der ledigen Mutter, die ein Heim, ein Unterkommen für die letzte Zeit der Schwangerschaft, für Niederkunft und Wochenbett braucht, die dann erwerbsfähig gemacht, der die Unterstützung des Vaters ihres Kindes gesichert werden soll und die des Rates und Beistandes bei der Erziehung ihres Kindes bedarf. Bei der Besprechung dessen, was zur Milderung der vorhandenen Notstände geschehen ist, schildert Fräulein Salomon den Stand der Mutterschaftsbestrebungen in Deutschland, und zwar erstens den gesetzlichen Schutz, wie er durch die Arbeiterinnenversicherung und die Familienversicherung geboten und ermöglicht ist, sowie den Schutz des bürgerlichen Gesetzbuches und des Strafgesetzbuches für Ehefrauen und ledige Mütter. Die Anforderungen, welche zur Hebung des Notstandes im Interesse des sozialen Mutterschutzes an die Gesetzgebung gestellt werden müssen, präzisiert Alice Salomon in folgender Weise:

Die Frage ist, ob eine neue Institution ins Leben zu rufen oder ein Ausbau der Kassenversicherung anzustreben ist. Vortragende kritisiert die Vorschläge, die von verschiedenen Seiten gemacht sind, und prüft ihre Durchführbarkeit mit Rücksicht auf die erwachsenden Kosten. Mit vollem Recht sagt sie: Will man der Sache wirklich dienen, will man die gesetzgebenden Faktoren überhaupt zu einer ernsthaften Diskussion veranlassen, dann muß man aus dem Idealgebäude das gegenwärtig Erreichbare herausgreifen, eine allmähliche Ausgestaltung der Krankenversicherung anstreben. Dazu gehört zunächst:

1. Die Ausdehnung der geltenden gesetzlichen Fürsorge auf alle im Handel, Gewerbe, Haus- und Landwirtschaft tätigen Schwangeren und Wöchnerinnen durch allgemeine Einführung einer Ruhezeit von 8 Wochen.

von denen 2 Wochen vor, volle sechs Wochen nach der Entbindung liegen sollten.

2. Ein Ausbau der Krankenversicherung durch:

a) Ausdehnung des Versicherungszwanges auf alle unter 1 genannten Arbeiter unter Beibehaltung der Verteilung der Beiträge auf Arbeitgeber und Arbeiter, wobei die männlichen und weiblichen mit gleichem Prozentsatze des Lohnes heranzuziehen sind;

b) obligatorische Einführung der Familienversicherung;

c) Gewährung des Rechtes auf Selbstversicherung für Frauen, die außerhalb des Versicherungszwanges stehen, speziell für die Wöchnerinnenversicherung.

3. Erhöhung der Leistungen der Krankenkassenversicherung, und zwar auf:

a) Unterstützung während der Dauer der gesetzlichen Arbeitsruhe für weibliche Mitglieder in voller Höhe des Lohnbetrages, für den die Beiträge entrichtet werden;

b) freie Gewährung der Hebammendienste und der ärztlichen Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden, der Medikamente, ferner freie Gewährung von Hauspflege, im Bedarfsfalle nach Ermessen des Kassenvorstandes sowie freie Verpflegung in einem Wöchnerinnenasyl, wenn die Entbindung nach Ansicht der Hebamme oder des Arztes nicht in der Wohnung vorgenommen werden kann, für Mitglieder und Angehörige.

c) Die Kassen sollen berechtigt sein, Mittel darzuleihen oder aufzuwenden durch Erhaltung von Wöchnerinnenheimen und Mütterberatungsstellen.

In meinen bisherigen Ausführungen habe ich versucht, die Aufgaben der Wohlfahrtspflege und Armenpflege, der Kommunen und der Versicherungsgesetzgebung auf dem Gebiete des Kinderschutzes zu trennen. Alle die angeführten Einrichtungen kommen der Gesamtheit der Kinder respektive speziell der Säuglinge zugute, soweit sie der Fürsorge bedürftig sind. Es lassen sich nach dem Grade der Schutzbedürftigkeit bestimmte Gruppen unterscheiden: 1. Kinder, bei denen **Belehrung** der Mutter und Pflegefrau und **Erteilung von Rat** allein ausreicht, um dem Kinde drohende Gefahren abzuwenden. 2. Kinder, zu deren Schutze **materielle Unterstützung** und Versorgung notwendig ist, und 3. Kinder, bei denen auch Rat und Tat nicht ausreicht, um körperliche Schädigung und sittliche Verwahrlosung zu verhüten, bei denen zu diesem Zwecke das **Aufsichtsrecht des Staates** in verschärfter Form in Kraft treten muß.

In den Arbeiten und Verhandlungen über Kinderschutz wird viel zu wenig betont, daß unsere gesamten Einrichtungen der Fürsorge den Kindern, welche am meisten des Schutzes bedürfen, zu wenig zugute kommen. Fast jede Fürsorgeeinrichtung hat zunächst mit dem Mißtrauen des Publikums gegenüber Neuerungen zu tun. Man denke doch nur an

den großen Widerspruch, den die Alters- und Invaliditätsversicherung in Arbeiterkreisen gefunden hat. Auch aus der Erfahrung, daß die Consultations de nourrissons nicht um der Belehrung allein, sondern um der materiellen Vorteile willen, welche mit ihrem Besuche fast allenthalben verknüpft sind, besucht werden, auf die Augé so energisch hinweist, darf man noch nicht auf eine Unzweckmäßigkeit der Organisation schließen. Das wird sich ändern, je mehr tüchtige Ärzte in der Fürsorge tätig sind und je mehr Mütter und Pflegefrauen sich von den Erfolgen einer zweckmäßigen Ernährungsprophylaxe und Therapie überzeugen werden. Aber nicht ändern wird sich die Tatsache, daß die Wohlfahrtspflege in weitem Umfange auf den guten Willen derjenigen angewiesen ist, denen die Pflege des Kindes anvertraut ist, und daß wir nur den Kindern helfen können, deren Mütter oder Versorger diese Hilfe haben wollen. In den Großstädten ist die Lage heute so, daß jede arme Mutter, welche ärztlichen Rat über Pflege und Ernährung ihres Kindes braucht, ihn auch ohne Entgelt finden kann. Aber wer aufmerksam seine Klientel in der Fürsorgesprechstunde verfolgt, der wird schon bei der Beobachtung stutzig werden, wieviele Kinder nur einmal vorgestellt werden und dann ausbleiben, und wird sich der Tatsache nicht verschließen können, daß die durch ihre soziale Lage am meisten gefährdeten Kinder überhaupt nicht gebracht werden. Und dasselbe gilt von der Gewährung von „Stillprämien“ und Säuglingsmilch. Die einen sind nicht hoch genug, um den ärmsten der armen Mütter einen Ersatz für verlorenen Arbeitsdienst zu schaffen, und die andere Vergünstigung wird und kann nicht so bequem erreichbar gemacht werden, wie es manche Mütter verlangen. Und keine Hilfe wird ein Kind, an dessen Schicksal niemandem etwas liegt, vor Erkrankung oder Verwahrlosung schützen.

Das Eigenartige der Kinderfürsorge ist, daß in diesem Falle die Hilfe nicht von den Fürsorgebedürftigen selbst nachgesucht wird, sondern daß das Kind unter der Autorität von Erwachsenen steht und von deren Willen abhängt. So kommt es, daß viele Kinder absichtlich der Fürsorge entzogen werden, und dieser Zustand muß nach Möglichkeit durch die Gesetzgebung beseitigt respektive eingeschränkt werden.

Wir sollen Vorschläge machen, in welcher Weise die Fürsorge für uneheliche Kinder gesetzlich zu regeln ist. Wenn wir reorganisieren wollen, haben wir die Wahl zwischen zwei Wegen, entweder die Mängel unseres Systems festzustellen und zu beseitigen oder das ganze System zu ändern. Bei allen sozialen Einrichtungen hat es sich, wenn das System nicht ganz falsch ist, zumeist als nützlicher erwiesen, die vorhandene Organisation, welche sich langsam und in Übereinstimmung mit den Bräuchen und Ansichten des Volkes entwickelt hat, weiter auszubauen. Und ich darf wohl hier bereits vorausschicken, daß sich die bei uns vorhandenen Anfänge einer Fürsorge für uneheliche Kinder sehr wohl zu einem einheitlichen Ganzen zusammenfassen lassen.

Immerhin dürfte es nützlich sein, die **Einrichtungen des Kinder-**

schutzes in anderen Ländern anzusehen und mit den unsrigen zu vergleichen. Nun ist allerdings unser Gebiet ein solches, auf dem gegenwärtig fast in allen Staaten Reformen vorbereitet werden. Wohin man sich wendet, immer bekommt man die Antwort: Gegenwärtig bestehen die und die Einrichtungen, aber wir werden in nächster Zeit ändern. Das ist nicht gerade ermutigend für den, der sich einen Rat holen will, denn es ist das beste Zeichen, daß die Leiter des dortigen Systems selbst mit ihrer Organisation nicht zufrieden sind. Nur die Ungarn geben in Wort und Schrift die stolze Antwort: Unsere staatliche Versorgung für die fürsorgebedürftigen Kinder ist tadellos und musterhaft. Allerdings melden sich auch dort schon Stimmen, welche Ergänzungen oder Änderungen fordern.

Man braucht nur die parlamentarischen Verhandlungen der letzten Jahre in den verschiedenen europäischen Ländern zu verfolgen und man wird wenige Staaten finden, in denen die gesetzgebenden Körperschaften sich nicht mit dem einen oder anderen Teile der Fürsorge für Mutter und Kind beschäftigt hätten. In England ist die Childrens Bill nach langwierigen Verhandlungen am 21. Dezember 1908 Act geworden; in Italien liegt ein Gesetzentwurf betreffend Fürsorge für Findlinge und verlassene Kinder der Deputiertenkammer vor; in Schweden hat die Regierung infolge eines Antrages aus dem Reichstage die Frage der Mutterschaftsversicherung einem Komitee zur Beratung überwiesen, und ferner liegt ein neuer Antrag bezüglich Reorganisation des Pflegekinderwesens den gesetzgebenden Körperschaften vor; die niederösterreichische Landesvertretung hat eine vollständige Umgestaltung des Findelwesens beschlossen; selbst die Semstvos beabsichtigen eine Reform der Findelfürsorge in Rußland.

Daß die beabsichtigten Reformen da wie dort nicht in kurzer Zeit Verwirklichung finden werden, dafür sprechen schon die Erfahrungen. Man denke nur daran, daß fast seit dem Bestehen der Loi Roussel in Frankreich Klagen über ihre Unzulänglichkeit laut geworden sind. Man verfolge nur die Literatur in Frankreich und wird fast in jedem Jahrgange der betreffenden Zeitschriften eine oder die andere Arbeit über notwendige Änderungen des Gesetzes finden. Man denke nur daran, wieviele Wandlungen die Organisation des steiermärkischen Findelwesens seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts durchgemacht hat, wieviele Kommissionen die Reform des Findelwesens in Italien beschäftigt hat, noch bevor ein einziger Entwurf zu ernster Beratung in die Kammer gekommen ist.

Die historischen Reminiszenzen sind nur ein Beweis dafür, wie schwierig das Problem ist, und wenn es richtig ist, daß jedes Gesetz ein gelöstes Problem darstellt, so scheint die richtige Lösung für unser Problem noch nicht gefunden zu sein. Selbst Staaten wie Frankreich, das der fortschreitenden Entwicklung durch zeitgemäße Reformen auf dem Gebiete der Jugendfürsorge jederzeit Rechnung getragen hat, gehen an Neuerungen mit äußerster Vorsicht heran. Nur Ungarn hatte es leicht, da es nicht eine historische Entwicklung bestehender Einrichtungen zu berücksichtigen hatte, sondern die Neuorganisation frei schaffen konnte.

Herr Dr. Reicher, mein Mitreferent, hat die Aufgabe übernommen, die Entwicklung des **Findelwesens** zu schildern, ich möchte ihm, der wie wenige ein Kenner auf dem Gebiete des Armenwesens und der Jugendfürsorge ist, nicht vorgreifen, sondern überlasse ihm gern die Schwierigkeit eines systematischen Überblickes über recht verworrene Fragen. Nur der Historiker, der auf die einfachen Formen in den ersten Entwicklungsstadien zurückgeht, wird die Differenz zwischen den verschiedenen Systemen uns erklären können. Denn wenn man die heute in den verschiedenen Ländern tatsächlich vorhandenen Einrichtungen betrachtet, so findet man kaum mehr klare Typen, sondern Übergänge der verschiedensten Art und Zusätze zu der alten Organisation, welche unorganisch sind und dem ursprünglichen System vollständig widersprechen. So verschieden aber heute die Formen des Kinderschutzes dem Forscher erscheinen, so sehr sich die ursprünglichen Systeme von einander unterscheiden und soweit auch die Entwicklungsstadien noch divergieren, so ist doch wohl vorauszusehen, daß die letzten Glieder dieser Entwicklung einander gar so unähnlich nicht sein werden.

Wenn wir die verschiedenen Systeme untereinander vergleichen wollen, hätte ja die Möglichkeit bestanden, ihre Zweckmäßigkeit nach ihren Erfolgen zu bemessen. Ich möchte es nicht näher begründen, glaube aber, nicht im Unrechte zu sein, wenn ich diesen Weg nicht betreten habe. Bis heute noch sind die Methoden der Statistik oder vielmehr die Sammlung des Urmaterials in den verschiedenen Ländern, noch mehr aber in den verschiedenen Anstalten so verschieden, daß ein zuverlässiger Vergleich der Zahlen unter einander nicht möglich ist. Ich muß aber einem Vorwurf, der den Findelhäusern stets gemacht wird, begegnen. Für viele Leute ist heute noch der Begriff Findelhaus mit dem einer hohen Mortalität zwischen 80—100% untrennbar verbunden. Daß derartige Zahlen tatsächlich vorgekommen sind und auch noch heute an schlecht organisierten Anstalten vorkommen, leugnet niemand; sie sind ja der breiten Öffentlichkeit nur zu gut durch die Verhandlungen der Behörden über die Aufhebung der Findelhäuser bekannt geworden. Sie sind in diesen Verhandlungen um so mehr betont worden, schon um das andere Moment, das, was für viele Mitglieder der Verwaltung ausschlaggebend war, nämlich die Kostenfrage, möglichst in den Hintergrund treten zu lassen. Die Abneigung dieser Leute, die einerseits die hohe Mortalität der Findelkinder ins Feld führen und anderseits geltend machen, daß durch die Findelhäuser die Moral geschädigt, die Unsittlichkeit unterstützt und vermehrt wird, richten sich zumeist nur gegen die Anstalten, welche den Namen Findelhaus tragen. Sie glauben, daß auch heute noch in allen Findelhäusern eine bedingungslose Aufnahme erfolgt, daß heute noch die absolute Anonymität gewahrt wird, wie vor 100 Jahren. Sie wissen nicht, daß zwischen damals und heute eine lange Entwicklungszeit mit vielen Reformen liegt. Sie wissen nicht, daß die modernen Findelhäuser nach dem Woher des Landes? und Wessen Kind? mit derselben Gewissenhaftigkeit fragen, wie der Sekretär der Armenverwaltung einer sparsamen

Stadt, wenn es sich um Gewährung einer Armenunterstützung handelt. Sie wissen nicht, daß die Rechte des Kindes gegenüber dem Erzeuger auch in der Findelanstalt durch eine besondere Rechtsschutzabteilung wahrgenommen werden, welche Mutter und Vater zu der Aufbringung der Kosten für ihr Kind ebenso heranzieht, wie der städtische Berufsvormund in einer deutschen Stadt. Sie wissen eben deswegen auch nicht, daß die steiermärkische Landesanstalt und das Berliner Kinderasyl der Schmidt-Gallisch-Stiftung sich in der Organisation sehr ähnlich sehen, nur daß die eine noch den ominösen Namen Findelhaus trägt, das andere nicht.

Bei der Wiedererrichtung der steiermärkischen Findelanstalt 1897/98 ist auch die Frage erörtert worden, ob der Name Findelanstalt nicht besser durch einen andern, etwa „Waisenasyl", zu ersetzen sei. Finanzielle Bedenken banden an die Benennung. Es mußte der Anstalt daran liegen, der ihr aus dem Reichsgesetze erwachsenden Vorteile nicht verlustig zu gehen. Einem „Waisenasyle" würde aber der Verpflegungskostenersatzanspruch im Sinne des Gesetzes vom 29. Februar 1868, dessen Titel lautet: „In betreff der Kosten für öffentliche Findelanstalten", schwerlich anerkannt werden.

Übrigens interessant sind die Versuche verschiedener Gesetzgeber und Organisatoren, durch besondere Bestimmungen die gesellschaftliche Niederstellung der Findelkinder zu beseitigen. So waren in Rußland noch zur Zeit der Leibeigenschaft alle Findlinge Freie und hatten nach dem Organisationsentwurfe, welcher bei der Gründung des Petersburger Findelhauses 1770 als gültig anerkannt wurde, ganz bedeutende Vorrechte, so z. B. das Recht, sich auf allen Punkten des Reiches niederzulassen, die Befugnis sich anzukaufen, Handel und Industrie zu treiben, sie waren von der Militärpflicht und Kopfsteuer befreit und blieben ständig auch nach ihrem Austritte im Schutze der Anstalt. Diese Maßregeln waren durch politische Erwägungen veranlaßt, aber die Hoffnung des Organisators Betzkoi, auf diese Weise einen dritten Stand in Rußland zu begründen, ging nicht in Erfüllung.

In Spanien wurde 1794 durch ein königliches Dekret bestimmt, daß die ausgesetzten Kinder, deren Väter unbekannt sind, als eheliche und zulässig zu allen bürgerlichen Ämtern betrachtet werden. Nach einer Angabe von Châteauneuf wurden die Findlinge sogar der niedersten Adelsklasse einverleibt.

Wenn gegen die Findelhäuser im allgemeinen Einwände zu machen sind, so treffen diese nicht ohne weiteres das System, sondern die **Durchführung des Systems.** Diese ist verantwortlich für die Erfolge. Schon Professor Lipp, der Direktor des Gebär- und Findelhauses in Graz, sagte 1887 in seinem Gutachten zur Reform der steiermärkischen Landesfindelanstalt: „Wo immer nicht administrative Ersparungsrücksichten, sondern hygienische Erfordernisse den obersten Grundsatz abgeben in der Verwaltung einer solchen Anstalt, wo ein mit seiner Aufgabe ver-

trauter und mit den nötigen Machtvollkommenheiten ausgerüsteter Arzt die Leitung hat, wo man sich ebenso hütet vor Überfüllung der Anstalt, wie vor einem Entlassen noch allzu lebensschwacher Kinder, wo dem jeweiligen Verpflegsstande entsprechend Räumlichkeiten, Wartepersonal, Ärzte zur Verfügung stehen, wo die Innenpflege des Findelhauses in der Tat nichts ist als ein Säuglingsspital, welches die Mutteranstalt, das Gebärhaus, durch rechtzeitige Abtransportierung kranker Kinder entlastet und die Kinder säugeunfähiger oder erkrankter Wöchnerinnen zur weiteren Pflege übernimmt, — da lassen sich in der Tat Tausende von Kindern, die sonst dem Verfalle geweiht gewesen wären, am Leben erhalten und die segensreichen Wirkungen einer wahren Humanitätsanstalt erzielen." Ich möchte hinzufügen: „Wenn die Anstalt über eine genügende Anzahl von Ammen verfügt und dadurch die Innenpflege für die Kranken sichert, wenn sie die Außenpflege für die Gesunden dauernd überwacht, wenn die Anstalt Teil und Mittelpunkt einer wohlorganisierten Säuglingsfürsorge ist, dann müssen alle Vorwürfe gegen das System verstummen.

Gerade weil auf die Ausführung des Systems soviel Wert zu legen ist, muß ich darauf näher eingehen und die Ergebnisse meiner Studien anführen, welche im Referat von Herrn Dr. Reicher die notwendige Ergänzung finden.

Was zunächst die **Aufnahmebedingungen** in den verschiedenen Findelhäusern betrifft, so ist das Drehladensystem noch erhalten in Spanien, Argentinien, Brasilien und in Italien, wo es allerdings immer mehr verschwindet und bei Annahme des neuen Gesetzentwurfes vollständig ausgeschlossen wird. Die Angabe des Zivilstandes der Kinder, der Eltern usw. wird noch heute im Pariser Findelhause nicht gefordert und unterbleibt auf Wunsch gegen Zahlung bestimmter Summen in Schweden und Rußland. Das Kind wird zwar auf öffentliche Kosten ohne Heranziehung der Eltern erzogen, aber der Zivilstand des Kindes und der Mutter wird festgestellt in Frankreich und Italien. Einen Schritt weiter geht der neue italienische Gesetzentwurf, welcher für die Übernahme in öffentliche Fürsorge den Nachweis der Armut erfordert.

An dem alten josephinischen System ist auch sehr verschiedenartig herumkorrigiert worden; nur 2 Hauptbedingungen waren für die unentgeltliche Fürsorge festgehalten worden: einerseits die, daß die Mutter in der öffentlichen Gebärklinik entbunden ist, und andererseits, daß sie sich zum Ammendienste verpflichtet. Außerdem wurde der Nachweis der Heimatsangehörigkeit verlangt. Bei der Reorganisation der steiermärkischen Findelanstalt fiel die Verpflichtung zum Ammendienste, dagegen wurde als Bedingung der Nachweis der Armut neu aufgenommen und damit die Anstalt in die Armenpflege organisch eingegliedert.

Am wenigsten verändert haben sich die Grundprinzipien des Findelwesens in Schweden und Rußland. Und soviel auch von den französischen Einrichtungen und von der Vorzüglichkeit der neuen ungarischen Organisation gesprochen wird, so wenig hört man bei uns von den russischen und schwedischen Findelhäusern, deren Organisation in dem wesent-

lichsten Punkte, nämlich in dem Verhältnisse von Anstaltspflege zu Außenpflege, von der der anderen abweicht. Und doch sollte wohl die Findelversorgung eines Landes, dessen Säuglingsmortalität im ganzen außerordentlich niedrig ist, unsere Aufmerksamkeit beanspruchen; dazu kommt, daß wohl jeder, der die Stockholmer Anstalt besucht, sie mit dem Eindrucke verläßt, daß gegen diese Art der Versorgung der Säuglinge, wie sie durch das Allmänna barnhus geboten wird, und gegen die praktische Durchführung wenig einzuwenden ist.

Ebenso bietet die Organisation des Findelwesens in Rußland unleugbare Vorteile. Denn die Fürsorge, welche mit den Findelanstalten verbunden ist, geht weit über eine eigentliche Findelfürsorge heraus.

Es werden in Findelpflege aufgenommen:

I. Uneheliche, mutterlose Kinder.

II. Verlassene Kinder.

III. Uneheliche Kinder, deren Mutter lebt, aber nicht imstande ist, das Kind bei sich zu halten und zu pflegen.

IV. Legitime Kinder bis zum Alter von 1 Jahre im Falle von Krankheit oder Tod der Mutter oder von Armut des Vaters.

Aber das russische Findelwesen hat auch lange vor der ungarischen Organisation das Prinzip, Mutter und Säugling wenn möglich nicht zu trennen, das Selbststillen zu fördern, und wendet auch die Methode an, die Mutter, welche ihr Kind stillt und es unter ärztliche Überwachung stellt, in der Außenpflege zu unterstützen.

In dem russischen Findelwesen finden wir in seiner Art gar manche vorbildliche Einrichtung, und man darf wohl sagen, daß die Art der Versorgung den dort vorhandenen Bedürfnissen und den eigentümlichen Anforderungen des Landes gut angepaßt ist.

In den meisten Ländern sieht man jetzt das Bestreben, die Findelfürsorge zu erweitern und der allgemeinen Fürsorge für die gefährdete Kindheit anzuschließen. Ein gutes Beispiel ist die Entwicklung der Frage in Italien. Heutzutage noch gibt uns Italien Gelegenheit, Findelhäuser ältesten Systems (Drehlade) neben allen möglichen Formen des sogenannten romanischen Systems zu studieren. Denn bisher noch hat jede Provinz die Bestimmung über die Form der Findelversorgung. Aber das, was der neue Gesetzentwurf (siehe Materialien im Anhang S. 41) einführen will, hat, ausgenommen das Verbot der „recherche de la paternité“, fast alle charakteristischen Merkmale des romanischen Findelsystems ausgemerzt. Es kommt die öffentliche Fürsorge in Betracht:

I. Für wirkliche Findelkinder, d. h. verlassene Kinder unbekannter Eltern.

II. Für Kinder, für welche die öffentliche Fürsorge nachgesucht wird und die in der Provinz geboren und als Kinder unbekannter Eltern gemeldet sind.

III. Für uneheliche Kinder, für welche die öffentliche Fürsorge nachgesucht wird, die von der Mutter anerkannt sind, deren Mutter in der Provinz Unterstützungswohnsitz hat und bedürftig ist.

Die Personalien der Mutter werden auch bei den Kindern der zweiten Gruppe festgestellt und ebenso ist für die Aufnahme der Nachweis der Armut erforderlich.

Berücksichtigt man, daß die Mutter eines unehelichen Kindes, wenn sie es in eigene Pflege nimmt, die gleiche Aussteuer und das gleiche Kostgeld erhalten soll, wie die fremde Pflegefrau, und daß ferner auch die unehelichen Kinder, für welche nicht die öffentliche Fürsorge in Anspruch genommen wird, somit alle unehelichen Kinder ausnahmslos unter behördlichen Schutz gestellt werden sollen, so ist nicht zu verkennen, daß der neue Gesetzentwurf für Italien große Fortschritte bringt. Aber das, was ich oben schon gesagt habe, die Betonung des Prinzips, daß in jedem Falle die Armut nachzuweisen ist, widerspricht dem romanischen System. Und weiter ist dem neuen Gesetzentwurfe der Vorwurf zu machen, daß alle die praktischen Vorteile der Fürsorge nur dem unehelichen Kinde zugängig sind.

Ich will mich nicht bei der Frage aufhalten, mit welchem Alter die Findelversorgung abschließt, einer Frage, die für den Schutz gegen Verwahrlosung von größtem Interesse ist und z. B. in Schweden deswegen erörtert wird, sondern ich komme jetzt auf die rein ärztlichen Fragen: **Dient die Findelanstalt nur vorübergehend als Depot und Durchgangsstation für die gesunden Kinder oder zur dauernden Unterbringung? Inwieweit wird die eigene Mutter zur Ernährung und Pflege des Kindes innerhalb und außerhalb der Anstalt herangezogen? In welcher Weise wird das Selbststillen der Mutter oder überhaupt die natürliche Ernährung mit Frauenmilch gefördert? Durch welche Maßnahmen ist die Ernährung und Pflege außerhalb der Anstalt geregelt und in welcher Weise wird die Außenpflege überwacht und in Beziehung zur Anstalt gebracht?**

Alle diese Fragen lassen sich nicht gut anders beantworten, als daß ich die Fürsorgeeinrichtungen jedes einzelnen Staates für sich bespreche. Dabei berücksichtige ich nicht alle Staaten, aber die Einrichtungen, welche ich schildere, kenne ich zum größten Teile aus eigener Anschauung. Die Angaben in der Literatur, welche ich zur Ergänzung der eigenen Beobachtungen herangezogen habe, habe ich durch ad hoc eingeholte Auskünfte, die mir in liebenswürdigster Weise von den Direktoren erteilt worden sind und für die ich auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank sage, ergänzt, um mich nicht der Gefahr auszusetzen, daß die Angaben in der Literatur durch neuerliche Verordnungen faktisch bereits überholt sind.

Während in der älteren Geschichte die Findelhäuser zumeist der dauernden Unterbringung der Kinder dienen und während wiederholt ausdrückliche Bestimmungen darüber getroffen sind, daß die ins Findelhaus aufgenommenen Säuglinge von Ammen zu stillen sind, haben sich gerade diese Verhältnisse in den modernen Findelanstalten zumeist ganz anders gestaltet.

In Frankreich wird die Staatsaufsicht und oberste Leitung des „Service des enfants assistés“ durch den Minister des Innern ausgeübt, die Fürsorge für die Kinder ist Sache des Departements. Das grundsätzliche System ist die Familienversorgung unter administrativer und ärztlicher Aufsicht; die Unterbringung bei den Pflegeparteien erfolgt gegen Entgelt, die natürliche Ernährung wird durch Gewährung einer Extrazulage von 18 Franken (für 9 Monate) gefördert. Die Findelanstalt dient als Durchgangsstation für die Gesunden und als stationäre Abteilung für die Dauer der Krankheit.

In Italien ist die Findelpflege Sache der Provinzen, die über Form und Ausführung selbst die Bestimmung haben. In einigen Provinzen ist die Fürsorge geordnet, in anderen besteht sie nur dem Namen nach. Nirgends eine Neigung, wesentliche Änderungen in der praktischen Ausführung vorzunehmen, da man das neue Gesetz, das in Aussicht steht, abwartet.

Im großen und ganzen sind die Findelhäuser nicht viel mehr als Aufnahmestationen und provisorische Depots respektive Spitäler für kranke und schwächliche Pfleglinge; sobald es nur möglich ist, werden die Kinder in Außenpflege gegeben. In Turin und Mailand bleiben die Kinder etwa einen Monat in der Findelanstalt, in Bologna werden die in der Gebäranstalt geborenen Kinder mit der Mutter aufgenommen und von dieser gestillt, alle anderen werden künstlich ernährt. In dem R. Spedale degli Innocenti in Florenz, für dessen Organisation auch heute noch die Instruzioni Granducali vom Jahre 1818 gelten, werden gesunde Kinder nur dann von der Mutter gestillt, wenn diese sich als Amme verpflichtet, und werden in der Regel nach 2 oder 3 Wochen in Außenpflege gegeben. Die kranken Kinder werden fast ausschließlich von Ammen ernährt. Für Überwachung der Außenpflege ist in einzelnen Provinzen durch die private Wohlfahrtspflege gesorgt.

Der neue Gesetzentwurf, von dem ich bereits oben sprach, überträgt die Ausführung und die Kosten der Provinz und den Kommunen, ordnet an, daß die Findelkinder in der Regel zum Stillen Ammen auf dem Lande übergeben werden, die dafür eine Aussteuer und Monatslohn erhalten sollen, und sieht dieselbe Unterstützung auch für die bedürftigen Mütter vor, welche das Kind in eigener Pflege behalten. Eine staatliche Kontrolle soll für alle unehelichen Kinder eingeführt werden. Ein Nachteil des Gesetzes ist der, daß die Fürsorge praktisch nur auf Nachsuchen der Mutter in Kraft tritt und nur unehelichen Kindern zustatten kommt.

Bei der Erörterung der Findelpflege in Österreich empfiehlt es sich, die drei Anstalten gesondert zu besprechen. Über die Organisation der niederösterreichischen Findelanstalt in Wien hat in jüngster Zeit der Primarius Dr. G. Riether mehrfach berichtet, so daß ich mich im wesentlichen auf sein Urteil berufe. Ihm sind auch bereits eine Reihe von Reformen zu verdanken. So wurden die Mütter schwacher, mit Blennorrhöe behafteter oder sonst kranker Kinder früher niemals zum Stillen und zur Pflege des eigenen Kindes zurückbehalten, namentlich auch nicht die

syphilitischer oder auf Lues verdächtiger Kinder. Darin ist jetzt Wandel geschaffen, und nach Möglichkeit werden alle diese Kinder, bis sie in Außenpflege gegeben werden, von ihren eigenen Müttern gestillt.

Im großen und ganzen halten die österreichischen Findelanstalten noch heute wie früher energisch an dem Prinzipe fest, daß gesunde Kinder nicht in die Anstalt gehören. Manchen Müttern werden schon in der Gebäranstalt wegen einer oft nur scheinbaren Untauglichkeit zum Stillen ihre Kinder abgenommen und als „Extrakinder“ der Findelanstalt überwiesen. Riether macht darauf aufmerksam, daß viele von diesen Müttern bei steter Ermahnung und geduldigem Zuwarten sehr wohl imstande sein würden, ihr Kind zu stillen.

In der Regel werden die Wöchnerinnen am 8. Tage nach der Entbindung aus der Gebäranstalt ins Findelhaus überstellt und meist von dort Mutter und Kind am nächsten Tag entlassen. Für den größten Teil der Mütter bedeutet das Rückkehr zu ihrer gewohnten Arbeit und für die Kinder Entziehung der Mutterbrust. Denn die Findelanstalt behält von den Müttern — dann allerdings auch mit ihnen die Kinder — nur so viele zurück, als sie zur Deckung des Bedarfes an Ammen für die kranken Kinder braucht und soviel der verfügbare Raum erlaubt.

Eine Übersicht aus den letzten 10 Jahren, welche Riether bringt, zeigt, daß nur 9—12%, beziehungsweise seit Erweiterung der Anstalt 14,8—17,6% der Mütter in der Findelanstalt ihr eigenes — und in manchen Fällen ein zweites — Kind 4—16 Wochen lang stillen. Alle anderen müssen ohne Rücksicht auf ihre Stillfähigkeit schon wegen Platzmangels entlassen werden, während ihre Kinder zu stillenden Frauen oder — was schlimmer ist — unvermittelt zur künstlichen Ernährung in Außenpflege abgegeben werden. Die Übergabe eines Findlings in die entgeltliche Pflege der Mutter findet gegenwärtig überhaupt nicht häufig und nur in ganz vereinzelten Ausnahmefällen schon während des Säuglingsalters statt.

Was die Ernährung dieser Kinder außerhalb der Anstalt betrifft, so wurden im Jahre 1904 von 5546 Kindern in Außenpflege 45,4% (darunter 98% von fremden Frauen) an der Brust ernährt, die größere Hälfte künstlich.

Von den Reformvorschlägen Riethers sei vor allem folgender hervorgehoben: Notwendig ist die Förderung des Stillens in der Anstalt und in der Außenpflege; letztere durch die Begünstigung der Abgabe von Findlingen in die entgeltliche Pflege der eigenen Mutter oder ihrer Angehörigen und anderseits durch die Unterbringung von Findlingssäuglingen mit ihren stillenden Müttern in entgeltliche Außenpflege.

Eine Ergänzung finden die Angaben Riethers in brieflichen Mitteilungen Professor Epsteins, der sich um die Reform der österreichischen Findelanstalten so große Verdienste erworben hat, und der mir über die Organisation der Prager Findelanstalt folgendes schreibt. Ich zitiere wörtlich:

„1. Werden im Findelhause die Säuglinge nur mit der Mutter aufgenommen?

In der Findelanstalt werden aufgenommen:

a) Kinder, welche in der Entbindungsanstalt geboren sind. Mit diesen Kindern treten gleichzeitig auch die Mütter ein, um im Findelhause ihrer statutenmäßigen Ammenverpflichtung, welche 4 Monate dauert, nachzukommen.

Selbstverständlich sind darunter auch solche, welche zum Stillen aus irgend einem Grunde ungeeignet sind oder es im Laufe ihres Aufenthaltes in der Findelanstalt werden. Diese werden entlassen und das Kind einer fremden Amme übergeben. Dazu dient eben die statutenmäßige Ammenverpflichtung aller. Auch wenn das eigene Kind entlassen ist, wird die betreffende Verpflegte zum Ammendienste weiter verwendet, solange man sie braucht (in maximo 4 Monate).

b) Kinder aus der Entbindungsanstalt ohne ihre Mütter, d. h. solche, welche auf der sogenannten Zahlabteilung geboren sind und deren Mütter gegen Erlag einer Taxe sich von jener Ammenverpflichtung losmachen können. Übrigens auch von der Normalabteilung (klinische Abteilung) kommen Kinder ohne Mütter, wenn diese dort gestorben oder erkrankt oder aus anderen Gründen schon in der Gebäranstalt als zum Ammendienste ungeeignet befunden wurden.

c) Säuglinge zur zeitweiligen Pflege. Das sind Kinder (eheliche und uneheliche), deren Mütter in ein Krankenhaus aufgenommen oder in Untersuchungs- oder Strafhaft eingezogen wurden, ferner von der Polizei wegen Todes, Krankheit oder Subsistenzlosigkeit der Eltern zugewiesene Kinder. Diese Kinder kommen meist ohne Mütter zur Aufnahme.

2. Werden sie sämtlich an der Brust ernährt?

Dieses Ideal ist aus Gründen verschiedener Art undurchführbar geworden. Derzeit werden genug Kinder, weil Ammen nicht ausreichen, zugefüttert oder vor Abgabe in die Außenpflege abgestillt oder von vornherein künstlich genährt.

3. Wie lange bleiben die Kinder im Findelhause?

Die gesunden Kinder haben nichts im Findelhause zu tun, sondern sollen möglichst bald nach Eintreffen aus der Entbindungsanstalt in die Außenpflege zu stillenden Frauen abgegeben werden. Da aber an letzteren not ist (jetzt deshalb, weil die Anstalt ihren vor 35 Jahren festgesetzten Pflegesatz von 6 Gulden pro Monat aufrechthält), so muß eine Zurückhaltung der Kinder respektive eine Ansammlung derselben im Findelhause resultieren. Derzeit bleiben jene Kinder, welche zu stillenden Frauen gegeben werden, vorerst 3 Monate im Hause.

Ein großer Teil der Kinder wird aber aus dem Findelhause von den Müttern selbst, wenn sie sich von ihrem Wochenbett erholt haben, mitgenommen, entweder gegen monatliche Unterstützung (bei Verpflichtung zum Stillen) oder ohne weitere Verpflichtung der Anstalt."

Die böhmische Findelversorgung betrifft im wesentlichen die Kinder der unehelichen Mütter, welche den Nachweis ihrer Mittellosigkeit erbringen und sich für den klinischen Unterricht in der Gebäranstalt

wie für eine mehrmonatliche Ammendienstzeit in der Findelanstalt verpflichten.

In Steiermark ist die Findelfürsorge seit der Reform des Findelwesens im Jahre 1898 ein Glied der öffentlichen Armenpflege. Die Findelpflege tritt nur dann ein, wenn die Voraussetzungen für das Eingreifen der öffentlichen Armenpflege vorliegen, und betrifft nur uneheliche Kinder, welche in der Gebäranstalt geboren sein müssen. Die Findelanstalt dient nur als Durchgangsstation; die Kinder werden sofort nach der Entlassung aus der Gebäranstalt entweder in Außenpflege (grundsätzlich aufs Land) oder in die Krankenabteilung überwiesen. Mit der Aufhebung der Ammendienstverpflichtung wurde auch die Versorgung der kranken Kinder mit Frauenmilch abgebrochen; und das war der größte Fehler der Reform. Über diese Maßnahmen ist vorher lebhaft debattiert worden: der damalige Direktor des Gebär- und Findelhauses in Graz trat in seinem Gutachten energisch für eine dreimonatliche Verpflichtung der Mutter zum Ammendienste ein. Escherich (Promemoria betreffs der Krankenabteilung der zu errichtenden Landesfindelanstalt) selbst stimmte aus finanziellen und moralischen Gründen der Aufhebung des Ammenzwanges zu, betonte allerdings wenige Jahre später in seinem Gutachten betreffend Errichtung einer Ammenvermittlungsstelle in Graz den Vorteil, der der Anstalt zur Versorgung kranker Kinder aus dem Vorhandensein von Ammen erwächst.

Übrigens klagt auch Wittschieben darüber, daß die Krankenabteilung seitens der Pflegeparteien nicht in jenem Maße ausgenutzt wird, wie es wohl in der Tendenz des Landesausschusses bei der Errichtung des Statutes der Findelanstalt gelegen war. In den Jahren 1899—1903 starben 945 Findelkinder in Außenpflege und dieser Zahl stehen nur 135 Überstellungen von Kindern aus der Außenpflege in die Krankenabteilung gegenüber. Es spricht dies doch wohl dafür, daß die Überwachung der Außenpflege, welche, wie auch in Wien und Prag, auf dem Grundsatze der Zerstreuung beruht, nicht ausreicht und daß der offenbare Nutzen, welcher der Findelversorgung daraus erwächst, daß die Anstalt den Mittelpunkt der Fürsorge bildet, in der Reform der steiermärkischen Anstalt nicht erhalten geblieben ist.

In einem Schreiben der Direktion des Allgemeinen Krankenhauses in Graz wird direkt angeführt, daß die Findelanstalt in Graz nur aus einer Findelkanzlei besteht, welche die sofortige Abgabe der aus der Gebärklinik kommenden gesunden Kinder in die Außenpflege vermittelt, während sie die kranken Kinder in die Krankenabteilung der Kinderklinik abzugeben hat.

Wenn ich nunmehr zu dem ungarischen System der staatlichen Fürsorge übergehe, so muß ich bemerken, daß ich die Einrichtungen und Erfolge nur aus den Arbeiten von Szana und F. v. Torday kenne, von denen einer so begeistert von dem ungarischen System ist wie der andere. Das Hauptprinzip ist: „Jedes Kind, welches durch die Seinigen nicht versorgt werden kann, hat das Recht auf Versorgung durch den Staat, verliert aber durch die staatliche Versorgung keines seiner Rechte

an die Familie.[1] Für die Ausführung ist das Bestreben maßgebend, den Zusammenhang zwischen Mutter und Kind möglichst aufrecht zu erhalten und dem Säuglinge die natürliche Ernährung an der Mutterbrust zu sichern. Die Asyle, von denen 18 existieren, dienen nur der Aufnahme der der Anstaltspflege bedürftigen kranken Säuglinge und Kinder. Zu diesem Zwecke sind die Mütter der in staatliche Fürsorge genommenen Säuglinge verpflichtet, in den letzteren zwei Monate hindurch Ammendienste zu leisten. Die gesunden Säuglinge und Kinder werden ausnahmslos in offener Fürsorge versorgt. Die Mütter, welche außer dem Hause ihren Erwerb suchen müssen, erhalten eine Unterstützung, wenn sie sich verpflichten, dieser Tätigkeit für einige Monate zu entsagen und ihr Kind zu stillen. Die Unterstützung für die Stillzeit, welche übrigens wie alle anderen Vergünstigungen nur bedürftigen Müttern — aber ehelichen wie unehelichen — zuteil wird, darf drei Viertel des gewöhnlichen Pflegegeldes nicht überschreiten. Mütter, welche kein eigenes Heim haben, werden, sobald der Gesundheitszustand des Kindes dessen Unterbringung in Außenpflege gestattet, während der Stillzeit und des darauf folgenden Monates zusammen mit ihrem Kinde in der Kolonie am Lande bei einer geeigneten Familie untergebracht. Die Beköstigung der Mutter wird bestritten und diese selbst darf in der Familie zu entsprechender Arbeit herangezogen werden. Mit welcher Energie darauf hingearbeitet wird, diese Art der Versorgung durchzuführen, geht aus der Angabe Szanas hervor, daß es ihm in Temesvár jetzt schon gelingt, etwa drei Viertel der unter staatlichem Schutze stehenden Säuglinge bei der Mutter zu belassen. Die ohne Mutter in staatliche Versorgung aufgenommenen Säuglinge sind meistens solche, deren Mutter tot oder durch Krankheit oder durch schwerwiegende soziale Gründe verhindert ist, ihr Kind selbst zu stillen und in Pflege zu behalten. Diese Säuglinge kommen prinzipiell aufs Land in Außenpflege zu stillenden Frauen, welche ihr eigenes Kind mindestens sechs Monate lang gestillt haben müssen. Wie verschieden übrigens die Erfolge bei den verschiedenen Arten der Versorgung sind, geht aus einer Zusammenstellung Szanas hervor:

Die Sterblichkeit der Kinder betrug:

bei den bei der Mutter untergebrachten . . . . 6·9 %,
bei den mit der Mutter in Außenpflege untergebrachten . . . 13·35 %,
bei den von der fremden Pflegefrau gestillten . . . . 25·85 %.

Danach ist die Stillunterstützung der Mütter, welche ihr Kind in eigener Pflege haben, die beste Form der Fürsorge. Am meisten stolz aber sind die Ungarn auf die andere Form, welche ihrem System allein eigen und bisher in anderen Staaten nicht bekannt ist, auf die Unterbringung von Mutter und Kind in einer vom Asyl ausgesuchten Familie. Außer den Berichten von Szana liegt noch ein brieflicher Bericht von Halardi[1], dem Direktor des Budapester staatlichen Kinderasyls, vor,

[1]) Publiziert in dem Aufsatze von Riether, „Studien und Vorschläge zur Förderung des Selbststillens in Österreich“. Österreichisches Sanitätswesen 1906, Nr. 37.

der sich ebenso lobend ausspricht. Diese Mütter stillen am Lande in der Regel ihr Kind neun Monate lang. Haben sie keine weiteren Verpflichtungen, haben sie nicht Eltern oder andere Kinder zu erhalten, so sind die Mütter leicht zu bewegen, mit ihnen aufs Land zu gehen. Auch Familien finden sich in genügender Anzahl bereit, Mutter und Kind aufzunehmen. Für die Verpflegung der Mutter werden monatlich 18 Kronen, also nur 4 Kronen mehr als für die Unterbringung des Kindes allein, in fremder Pflege gezahlt. Die Vorteile dieser Art von Versorgung leuchten jedem ein, besonders wenn man an die Schwierigkeiten denkt, welche den österreichischen Findelanstalten aus dem Mangel an stillenden Pflegeparteien erwachsen. Der wesentliche Nachteil ist der, daß die Mütter in der fremden Familie zumeist nicht eine richtige häusliche Beschäftigung finden und daß sie nichts verdienen.

Die ungarische staatliche Fürsorge, welcher am Ende des Jahres 1907 35.000 Kinder, darunter etwa 86% uneheliche, unterstellt waren, findet auch im Auslande die größte Anerkennung. Ein Mangel des Systems, der zugestanden wird, ist der, daß viele Mütter, welche ihr Kind nicht stillen wollen, durch den Zwang zum Stillen abgeschreckt, für das Kind überhaupt Fürsorge nicht nachsuchen, sondern es selbst in Außenpflege geben. Die notwendige Ergänzung der helfenden Fürsorge wäre also eine Zwangsüberwachung der gefährdeten Kinder, aller unehelichen und Pflegekinder. Das fehlt dem ungarischen System. Eine Frage, die erwogen wird, ist noch die, ob die Gefahr einer latenten Lues ein Hinderungsgrund ist, ein Kind ohne längere Anstaltsbeobachtung vor der sechsten Lebenswoche einer fremden Frau in Pflege und zum Stillen zu übergeben. Über die praktische Ausführung der Fürsorge in Ungarn habe ich, wie gesagt, kein Urteil.

Abweichend von den bisher genannten Systemen ist die öffentliche Fürsorge für Kinder in England, Schweden und Russland organisiert. In England ist mir nur das Foundling-Hospital in London bekannt. In Findelpflege werden nur uneheliche Kinder unter 12 Monaten aufgenommen; die Versorgung geschieht in der Weise, daß die Kinder zunächst ohne Ausnahme in Außenpflege auf dem Lande untergebracht und erst mit 5 Jahren zu gemeinsamer Erziehung in das Findelhaus übernommen werden. Von den mir bekannten Organisationen des Findelwesens ist es die einzige, welche mehr dem Schutze vor Verwahrlosung als der Säuglingsfürsorge dient. Ich möchte aber nicht versäumen hervorzuheben, daß ich bei meinem Besuche des Findelhauses den besten Eindruck von den Erfolgen der Erziehung und Pflege in der Anstalt gewonnen habe.

Alles, was England an staatlichem Kinderschutze besitzt, ist in der Childrens Bill zusammengefaßt; die einzelnen Teile betreffen: Infant Life Protection, Prevention of Cruelty, Reformatory and Industrial schools und Behandlung jugendlicher Verbrecher. Die staatliche Säuglingsfürsorge besteht im wesentlichen in einer Überwachung des Ziehkinderwesens und beschränkt diese noch auf die Kinder, welche gegen Entgelt in fremder Pflege sind.

Die Findelanstalten in **Rußland** sind die größten, welche es gibt; die Petersburger Anstalt beherbergt im Durchschnitte 800 Kinder, die Moskauer 1000. Die Findelversorgung trifft eheliche wie uneheliche Kinder und umfaßt offene und geschlossene Fürsorge in gleicher Weise. In der Anstalt bleiben die Neugeborenen in der Regel 5—6 Wochen, bis sie ein Gewicht von 3500 Gramm erreicht haben und geimpft sind, dann werden sie aufs Land in entgeltliche überwachte Außenpflege entlassen. In der Anstalt werden die Kinder in den ersten Wochen zumeist von der eigenen Mutter, jedenfalls mit Frauenmilch ernährt (auf 1000 Kinder 670 Ammen). Das Stillen durch die eigene Mutter erfolgt, solange es der Arzt für notwendig hält, die Mutter erhält denselben Lohn und dieselbe Beköstigung wie die anderen Ammen. Will die Mutter ihr Kind selbst stillen und in Pflege behalten und stellt sie es unter ärztliche Überwachung, so kann sie bis zu 2 Jahren eine Unterstützung von der Anstalt erhalten.

In **Schweden** gibt es eigentlich nur ein Findelhaus: „Allmänna Barnhuset" in Stockholm, dessen bauliche Einrichtungen ebenso musterhaft sind wie die administrative Organisation. Die Anstalt nimmt Kinder unter 6 Jahren in ihre Versorgung, die meisten werden als Neugeborene oder Säuglinge aufgenommen. Die Neugeborenen bleiben in der Regel 4 Monate in der Anstalt, werden zunächst ausschließlich an der Brust ernährt, im Hause abgestillt und vor Ablauf des fünften Monates in überwachte Außenpflege aufs Land entlassen. Hauptprinzip der Anstaltsfürsorge ist die Versorgung aller Säuglinge mit Frauenmilch; für 240 Säuglinge sind 150 Ammen vorhanden. Jede Amme darf ihr eigenes Kind mitbringen, mit 4 Monaten werden auch die Ammenkinder und zwar in fremde Pflege entlassen. Nach der Entlassung des eigenen stillt die Amme fremde Kinder weiter, bis sie 8 Monate in der Anstalt Ammendienste geleistet hat. Dann hat sie ihre Verpflichtungen der Anstalt gegenüber erfüllt, als Entgelt für ihre Ammendienste wird ihr Kind in staatliche Findelpflege übernommen. Die Anstalt in Stockholm dient also als Säuglingsheim und Kinderkrankenhaus. Im übrigen ist in Schweden die Aufsicht über alle gegen Entgelt in fremder Pflege befindlichen Kinder durch Gesetz geregelt.

Wenn ich kurz die wesentlichen Punkte nochmals hervorhebe, so sind es folgende: Die Findelversorgung der romanischen Staaten und Österreichs beruht auf dem Systeme, daß das Findelhaus nur Durchgangsstation und Krankenhaus ist, daß Mutter und Kind in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle 8—10 Tage nach der Entbindung getrennt werden und daß das Kind in Außenpflege, bestenfalls bei einer stillenden Pflegefrau untergebracht wird. Die Nachteile dieses Systems werden vermieden durch die neue ungarische Organisation: auch hier ist das Asyl nur Durchgangsstation, aber das ganze System ist auf dem Grundsatze aufgebaut, den Zusammenhang zwischen Mutter und Kind aufrechtzuerhalten und das Selbststillen zu fördern. Mittel zu diesem Zwecke ist die

Unterstützung der stillenden Mutter und, wenn notwendig, die Unterbringung von Mutter und Kind in Außenpflege. Der Fehler dieses Systems ist der, daß viele Mütter, welche ihr Kind nicht stillen wollen, durch den Zwang zum Stillen abgeschreckt, dem Asyl und seiner Versorgung überhaupt fernbleiben und das Kind in fremder Pflege unterbringen.

In ganz anderer Weise ist die Säuglingspflege in Rußland, Schweden und England organisiert. In den beiden russischen Anstalten bleiben die Säuglinge bis in den zweiten Lebensmonat, in Stockholm 4 Monate in der Anstalt, und zwar in der Regel mit der Mutter zusammen, von der sie gestillt werden. In England werden die Kinder auf dem Lande in Außenpflege untergebracht, um erst im 5. Lebensjahre zu gemeinsamer Erziehung ins Findelhaus aufgenommen zu werden.

Aus der Geschichte des Findelwesens ersehen wir, daß die Anstalten ursprünglich dem Schutze der Mütter dienten und daß erst im Laufe einer langen Entwicklung an dessen Stelle der Schutz des Kindes in den Vordergrund gestellt wurde. Den Anfang der Entwicklung bezeichnet die absolute Anonymität der Aufnahme, den vorläufigen Abschluß die Wahrung der Rechte des Kindes durch die Berufsvormundschaft.

Ursprünglich wurde durch die Aufnahme ins Findelhaus die Trennung von Mutter und Kind ausgesprochen. Jetzt geht das Streben darauf hinaus, dem Kinde nach Möglichkeit die Ernährung an der Mutterbrust zu sichern. Um diesen Zweck zu erreichen, werden zwei Wege eingeschlagen, einmal die Anstaltsversorgung für Mutter und Säugling für die Zeit des Stillens (Säuglingsheim Stockholmer Anstalt), anderseits die Unterstützung der Außenpflege und Unterbringung von Mutter und Kind in fremder Familie (Ungarn).

Fast in allen Staaten sind aber Lücken in der öffentlichen Fürsorge für Kinder. Da, wo eine Findelversorgung existiert, muß sie zu einer staatlichen Überwachung aller gefährdeten Kinder ausgebaut und in die allgemeine Säuglingsfürsorge eingegliedert werden, damit für die ihr übergebenen Kinder alle Einrichtungen der Wohlfahrtspflege im vollen Umfange nutzbar gemacht werden. Wenn wir uns aber die Fürsorge im Auslande unter dem Gesichtspunkte betrachten, in welcher Weise die besonders gefährdeten Kinder unter Schutz gestellt werden, so müssen wir eigentlich sagen, daß das alte System der Drehlade in dieser Beziehung, ohne es zu wollen, am wirksamsten war: es macht der Mutter die Weglegung des Kindes so leicht, daß dadurch ohne weiteres erreicht wird, daß alle körperlich oder moralisch gefährdeten Kinder ins Findelhaus und so dem öffentlichen Schutze übergeben werden. Sache der öffentlichen Fürsorge war es, den Anforderungen, welche Ernährung, Pflege und Erziehung der ihr übergebenen Kinder an sie stellen, nachzukommen. Nach unseren heutigen Begriffen von Schutz und Fürsorge ist das System der Drehlade unhaltbar, und alle anderen Systeme staatlicher Fürsorge haben sich durch ihre fortschreitende Entwicklung immer weiter von der Möglichkeit, gerade die gefährdetsten Kinder unter ihren Schutz zu nehmen, entfernt. Je mehr die Aufnahme erschwert, je mehr das Recht des Kindes an die Erzeuger

und die Familie wahrgenommen wird, um so mehr besteht die Gefahr, daß die am meisten gefährdeten Kinder dem öffentlichen Schutz entzogen werden.

Ich bin auf die Geschichte und Organisation des Findelwesens näher eingegangen, als ursprünglich meine Absicht war, aber die Kenntnis der Licht- und Schattenseiten dieses alten Systems ist für die Neuorganisation von Wichtigkeit. Nur ist die tatsächliche Bedeutung der Findelversorgung nicht zu überschätzen. Denn auch in den Staaten, die noch daran festhalten, sind es doch nur einzelne Anstalten, die der Aufnahme der Findelkinder dienen. Infolgedessen tritt überall die Organisation der offenen Fürsorge mehr und mehr in den Vordergrund, und von ihren Einrichtungen kommt zum Schutze des unehelichen Kindes in erster Linie das Ziehkinderwesen und die Vormundschaft in Betracht.

Eine **obrigkeitliche Aufsicht über die in fremder Pflege befindlichen Kinder** ist fast in allen Kulturstaaten angeordnet, allerdings sind die Grenzen verschieden weit gezogen. Um das Wesen der Aufsicht zu kennzeichnen, möchte ich nur die Gesetze von England, Dänemark, Norwegen und Schweden, deren Anfangsparagraphen im Anhang S. 52, 56 und 57 in Übersetzung mitgeteilt sind, heranziehen. In England ist mit dem 21. Dezember 1908 der neue Childrens Act in Kraft getreten. Die Verhandlungen des Parlaments und der Kommissionen geben uns Gelegenheit zu beobachten, wie stark sich die Anschauungen geändert haben. Der Infant Life Protection Act 1897 bestimmte die Anzeigepflicht und Aufsicht für die Kinder unter 2 Jahren in fremder Pflege und nahm von der Kontrolle die Pflegeeltern aus, welche nur ein Kind und nicht mehr als eines in Pflege nehmen, wenn das Entgelt für die Pflege in einer Pauschalsumme über 20 Pfund Sterling oder in periodischen Zahlungen besteht. Da sich diese Bestimmung für vollkommen unzureichend erwies, wurde in dem Gesetzentwurfe, der am 10. Februar 1908 im Unterhause eingebracht wurde, vorgeschlagen, daß die Bezahlung einer Pauschalsumme unter keinen Umständen von der Anmeldung und Aufsicht entbindet; ebenso wurde das Anmeldealter von 2 auf 5 Jahre heraufgesetzt. Der Anfang des Gesetzentwurfes lautete:

§ 1.

Wenn eine Person gegen Entgelt ein Kind im Alter unter 5 Jahren, getrennt von seinen Eltern, in Kost und Pflege nimmt, soll sie binnen 48 Stunden der Lokalbehörde Anzeige hiervon erstatten.

Diese Bestimmung findet keine Anwendung

a) wenn nur ein Kind sich in Kost und Pflege befindet und wenn für dieses das Entgelt in einer regelmäßigen periodischen Zahlung besteht und kein wesentlicher Teil der Bezahlung durch eine Pauschalsumme gedeckt wird;

b) wenn es sich um ein Kind handelt, dessen Aufenthalt in der Pflegestelle 48 Stunden oder weniger beträgt.

Die unter a) genannte Ausnahmebestimmung fand in England bei allen in der praktischen Säuglingsfürsorge tätigen Persönlichkeiten leb-

haften Widerspruch, sie wurde in beiden Häusern mit Für und Wider erörtert und endlich vollständig gestrichen. Die Altersgrenze wurde von 5 auf 7 Jahre heraufgesetzt. Man möge nur den Regierungsentwurf[1]) mit dem endgültigen Gesetz (Anhang S. 52) vergleichen, und man wird über die grundsätzlichen Änderungen, welche derselbe im Parlament und zwar besonders im Oberhause erfahren hat, erstaunt sein. Das sind nicht Änderungen, sondern in Wirklichkeit ist es ein anderes System, mit welchem die Aufsicht über die Pflegekinder in England überhaupt erst ernsthafte Form angenommen hat.

In Dänemark, Norwegen und Schweden sind die Kinder, welche gegen Entgelt in fremder Pflege sind, unter Aufsicht gestellt; aber in der Erwägung, daß damit kein genügender Schutz für die Kinder geschaffen ist, haben die Gesetzgeber Klauseln angefügt. So darf die Gesundheitskommission in Norwegen, sobald besondere Gründe dafür sprechen, auch ein ohne Entgelt untergebrachtes Kind ihrer Aufsicht unterstellen. Und in Schweden ist ihr das Recht vorbehalten, einer Pflegefrau das Halten von Pflegekindern zu verbieten, aber erst wenn ein Grund zum Einschreiten vorliegt. Das heißt: Man deckt den Brunnen zu, wenn jemand hineingestürzt ist. Anstatt die Kontrolle generell einzuschränken und ausnahmsweise eine Ausdehnung zu gestatten, erscheint es mir im Sinne wirksamer Fürsorge wichtiger, alle Kinder, welche nach ihrer sozialen Lage gefährdet sein könnten, unter Aufsicht zu stellen und im Einzelfalle Dispens zu erteilen, wenn die Aufsicht nicht notwendig ist.

Dieselben Gesichtspunkte gelten bezüglich der „Erlaubnis", Pflegekinder zu halten. In England hat man sich prinzipiell dagegen ausgesprochen, auch in Schweden verlangt das Gesetz nicht, daß die Pflegefrau vorher eine Erlaubnis einholt, in Dänemark ist es nach § 2 des Gesetzes direkte Vorschrift. Zwischen diesen Extremen steht das norwegische Gesetz, welches in seinem § 2 den Gemeinden und Kommunen freistellt, ob sie den Zwang, vor der Aufnahme von Pflegekindern, die behördliche Erlaubnis einzuholen, einführen wollen oder nicht. Tatsächlich ist in Norwegen der Zwang in der einen Gemeinde eingeführt, in der andern nicht.

Schließlich noch einige Worte über die Art der Beaufsichtigung in den genannten Ländern. In England bestand bisher nur in den Großstädten eine Art von Kontrolle, zum Teil durch besoldete Inspectors; sie dürfte nach der Einführung des neuen Gesetzes strenger werden. In den nordischen Staaten ist die Aufsicht über die Ziehkinder Sache der Gesundheitskommission, einer Behörde, der übrigens, besonders in Norwegen, weitgehende Machtbefugnisse gegeben sind.[2]) In Kopenhagen wird die Erlaubnis vom Kreisarzt erteilt, die ständige Kontrolle erfolgt durch eine der 12 besoldeten Aufsichtsdamen, in Stockholm stehen dem beamteten Arzte 4 besoldete Inspektorinnen zur Seite; auf dem Lande und in den

[1]) Mitgeteilt in der Zeitschrift für Säuglingsfürsorge, Bd. II, S. 26[illegible].

[2]) Man sagt dort: Die Gesundheitskommission vermag alles, nur nicht eine Frau in einen Mann zu verwandeln.

kleineren Städten besteht da wie dort nur eine ehrenamtliche Aufsicht. Auch der Gesundheitskommission in Kristiania stehen Aufsichtsdamen zur Seite, besoldete und unbesoldete. Bisher arbeiten beide nebeneinander, da jede Pflegestelle von einer besoldeten Inspektorin kontrolliert werden muß. Die unbesoldeten Aufsichtsdamen haben nur je eine Pflegestelle zu kontrollieren; anscheinend wird das letztere System in Zukunft weiter ausgebildet werden, und zwar deswegen, weil auf diese Weise, wie mir der Stadtarzt begründete, die Verantwortung für das Wohl der gefährdeten Kinder nicht wenigen Beamten, sondern der breiten Masse der Bürgerschaft übertragen wird.

Es ist das dieselbe Streitfrage, die in der Wohlfahrtspflege und Fürsorge wohl überall zur Entscheidung kommen wird, ob es sich nun um fachliche Ausbildung der Beamten, ob es sich um Berufsvormundschaft und Einzelvormundschaft oder um besoldete und ehrenamtliche Gemeindepflegerinnen handelt. Im großen und ganzen scheint bei uns die Erfahrung dahin zu führen, daß in die amtlich vorgeschriebene Kontrolle der Ziehkinder neben dem Arzte besoldete Pflegerinnen eingestellt werden.

In **Deutschland** besteht bisher kein Reichsgesetz, welches das Ziehkinderwesen regelt, einige Bundesstaaten haben darauf bezügliche Gesetze und Ministerialverordnungen, in anderen sind einzelne Verwaltungen selbständig vorgegangen. In den Bestimmungen handelt es sich zumeist nur um die Kinder, welche gegen Entgelt in fremder Pflege (Hessen: außerhalb der elterlichen Wohnung) untergebracht sind. Nur das neue württembergische Gesetz hebt diesen Unterschied zwischen entgeltlicher und unentgeltlicher Pflege auf. Ich verweise auf das im Anhang S. 58 mitgeteilte Material, aus welchem hervorgeht, daß gerade diesem Punkte lebhafte Verhandlungen bei der Beratung gegolten haben. Die Verhandlungen der Württembergischen Kammern geben ein ganz ähnliches Bild wie die der englischen Parlamente bei der Beratung der Childrens Bill: ein recht zahmer Regierungsentwurf und wesentliche Reformen durch die Kammer. In Württemberg wurde die Kontrolle der unentgeltlichen Pflege erst durch die zweite Kammer in das Gesetz hineingebracht und die Altersgrenze vom Beginn der Schulpflichtigkeit auf deren Ende verlegt. Durch die Erweiterungen ist aus dem Entwurf einer unbedeutenden Novelle zum Polizeistrafgesetz ein selbständiges Gesetz betreffend die Kost- und Pflegekinder hervorgegangen, welches der Aufsichtsbehörde für die unehelichen Kinder so weitgehende Befugnisse und Pflichten auferlegt wie bisher kein anderes. Aus diesem Grunde und deswegen, weil darin viele tatsächliche Angaben über Pflegekinderwesen enthalten sind, habe ich den Wortlaut des Regierungsentwurfes mit Begründung sowie den Vorschlag der Kammern unter den Materialien im Anhang ausführlich mitgeteilt.

Die Altersgrenze — übrigens in den skandinavischen Staaten das vollendete oder begonnene 14. Lebensjahr — für die Überwachung der Ziehkinder ist in Deutschland meist auf den Beginn des Schulbesuches

festgesetzt. Am weitesten in jeder Beziehung geht die Leipziger Verordnung, welche seit dem Jahre 1900 besteht:

„Die Fürsorge und Aufsicht des Ziehkinderwesens erstreckt sich auf alle in Leipzig befindlichen unehelichen Kinder von ihrer Geburt an bis zur Entlassung aus der Schule, gleichviel ob sie von der Mutter oder von fremden Personen verpflegt werden.“

Diese Verordnung steht bei uns in Deutschland wohl einzig da, wenn auch nicht zu verkennen ist, daß die Gesetzgebung der Einzelstaaten in dieser Richtung sich bewegt. Gerade darum wäre es wünschenswert, daß der wesentliche Grundsatz: einheitliche Aufsicht über sämtliche uneheliche und Pflegekinder — durch Reichsgesetz festgelegt werde. Nur mit einem so weitgehenden Gesetze werden wir sämtliche Gruppen gefährdeter Kinder umfassen, und wir vermeiden alle unnötigen Härten des Gesetzes, wenn wir die dauernde Aufsicht auf die tatsächlich gefährdeten Kinder beschränken, die anderen nur gelegentlich kontrollieren oder ganz dispensieren.

Wenn man die parlamentarischen Verhandlungen bei Beratung der betreffenden Gesetze verfolgt, so findet man stets die Abneigung gegen das übermäßige Polizei- und Meldewesen zum Ausdrucke gebracht, am krassesten in England, wo einzelne Redner in der Debatte den Standpunkt vertraten, man dürfe dem freien Briten nicht zumuten, daß er erst von einer Behörde eine Erlaubnis einholen soll, wenn er ein Kind in seine Familie zur Pflege aufnehmen will. Aber auch bei uns meldet sich eine energische Gegnerschaft gegen jede Ausdehnung des Meldewesens. Und doch sehe ich bisher keine andere Möglichkeit, für die unehelichen Kinder einen wirksamen Schutz vorzubereiten, als die gesetzliche Regelung einer einheitlichen Aufsicht und ihre Ausdehnung auf alle Gruppen gefährdeter Kinder.

In welcher Weise soll diese Aufsicht organisiert werden? Ich glaube, daß darüber kein Zweifel herrschen dürfte: In der Form des sogenannten Leipziger Systems, als Überwachung durch Arzt und Pflegerin in Verbindung mit der Berufsvormundschaft. In jeder Stadt und in jedem ländlichen Bezirke soll dafür eine Behörde existieren; damit wird einerseits die für die Sache nur schädliche Kontrolle derselben Familie durch verschiedene Behörden vermieden und andererseits ist die Möglichkeit gegeben zu verhüten, daß gefährdete Kinder verschleppt und der Kontrolle entzogen werden. Für den Zwang spricht die oben auf Seite 16 ausgeführte Beobachtung, welche zu diesen polizeilichen Schutzmaßregeln Veranlassung gibt, daß die Vorteile der Einrichtungen zum Schutze des Kindes von jenen Personen, welchen von Natur die Fürsorge fürs Kind zukommt, nicht ausgenutzt werden. Infolgedessen muß eine Gewalt, die außerhalb der Familie steht, eingreifen.

Und welche Behörde käme dafür in Betracht? Eine Behörde, welche

alle Zweige der kommunalen Fürsorge enthält und der auch nach Möglichkeit die private Säuglingsfürsorge sich angliedert. Eine solche Behörde ist in Leipzig das Ziehkinderamt und in Magdeburg die Zentrale für Säuglingsfürsorge, deren Organisation Lindemann im ersten Hefte der Ergebnisse näher beschreibt. Der Unterschied zwischen beiden ist der, daß in Sachsen durch das Gesetz die wesentlichen Grundlagen für die Ausübung der Gewalt gegeben sind, in Preußen dagegen nicht oder wenigstens nicht in solchem Umfange, daß ein wirklicher Zwang ausgeübt werden kann. Es muß aber dieser Behörde das Recht der Mutter gegenüber zustehen, die gefährdeten Kinder zwangsweise der ärztlichen Untersuchung und der pflegerischen Kontrolle zu unterstellen, einen Wechsel der Pflegestelle oder die Aufnahme in einem Heime oder Krankenhause zu verfügen; sonst wird die ganze Fürsorge für die unehelichen Kinder illusorisch. Daß die Versprechungen und Belohnungen, Prämien und Unterstützungen nicht ausgereicht haben, um die wirklich gefährdeten Kinder vor körperlicher Schädigung und Verwahrlosung zu schützen, das hat uns die Vergangenheit gelehrt. Jetzt handelt es sich darum, an die Stelle der Prämien für Pflichterfüllung die Strafen für Pflichtversäumnis zu setzen. Wenigstens erscheint mir dies gegenwärtig als der einzige, sicheren Erfolg versprechende Weg. — Es gibt unter den unehelichen Kindern eine recht große Zahl von solchen, deren Fürsorge getrost der Mutter zu überlassen ist; da wäre eine Verschärfung der Aufsicht nicht notwendig. Wir müssen sie aber alle unter Aufsicht stellen, damit die gefährdeten Kinder nicht entgehen.

Zum Schutze der gefährdeten Kinder besteht einerseits die Vormundschaft und andererseits die Ziehkinderkontrolle. Jede von beiden ist auszubauen und zu vervollkommnen, aber beide sind in einer Behörde zu vereinigen. Im Laufe der letzten Jahre haben sich in Deutschland auf dem Gebiete des Vormundschaftswesens Wandlungen vollzogen, welche für die Entwicklung der Säuglingsfürsorge von großer Wichtigkeit sind. Die ehrenamtliche Einzelvormundschaft ist mehr und mehr durch ein System der **Berufsvormundschaft** ersetzt respektive ergänzt worden. Es ist hier nicht der Ort, auf die Bedeutung der Berufsvormundschaft einzugehen. Wer sich für diese Frage interessiert, findet ein reiches Material in den Sitzungsberichten der Tagung deutscher Berufsvormünder in den Arbeiten der Zentrale für private Fürsorge in Frankfurt am Main. Fast alle Städte, die die Berufsvormundschaft eingeführt haben, heben nicht nur ihre finanziellen Erfolge, die Entlastung der Armenpflege hervor, sondern betonen ihre Erfolge in der persönlichen Fürsorge für die Mündel. Wenn aber die Berufsvormundschaft zu voller Entwicklung kommen soll, so ist in einzelnen Staaten eine Änderung der Landesgesetze erforderlich. Von dem sächsischen Landesgesetz ist das Reichsgesetz in vollem Umfange übernommen worden; und diesem Beispiele sind in letzter Zeit Bayern und Coburg-Gotha[1]) gefolgt.

---

[1]) Siehe Anhang Seite 69.

Es ergibt sich aus der Entwicklung des Vormundschaftswesens, daß da, wo die Berufsvormundschaft in so weitem Umfange zugelassen ist, wie in den oben genannten Staaten, sie den Mittelpunkt bilden wird, an den sich die übrigen Organe und Funktionen der Säuglingsfürsorge angliedern. Fehlt jedoch diese Vorbedingung und ist sie auch in nächster Zeit nicht zu erfüllen, dann ist die Ziehkinderaufsicht auf alle unehelichen und alle Pflegekinder auszudehnen und an diese sind die anderen Einrichtungen der Säuglingsfürsorge anzuschließen. Aber wie es auch sei, es kann nicht genug betont werden, daß alle gefährdeten Kinder einer Stadt oder eines Bezirkes der gleichen Aufsichtsbehörde unterstellt und daß ihnen alle Einrichtungen der Säuglingsfürsorge nach Möglichkeit zugänglich gemacht werden.

Die Frage, auf welche Kinder die Aufsicht auszudehnen ist, ist durch die vorangehenden Ausführungen bereits beantwortet; es kommen in Betracht alle unehelichen, alle bevormundeten, alle nicht bei oder von der Mutter verpflegten Kinder, die Kinder armenunterstützter Eltern und die Ammenkinder. Bezüglich der letzteren sind noch einige Worte über die gesetzliche Entwicklung zu sagen.

Eine gesetzliche Regelung der **Ammenfrage** ist von verschiedenen Gesichtspunkten aus erörtert. Bereits im Jahre 1822 wurde in Hamburg ärztliche Untersuchung der Ammen durch einen beamteten Arzt angeordnet und den Bureaux zur Pflicht gemacht. Daneben blieb es jedem Bürger unbenommen, auf eigene Gefahr eine Amme für sein Kind zu nehmen. 1881 wurde in die Gesindeordnung und 1899 in die Dienstbotenordnung eine entsprechende Bestimmung aufgenommen,* welche in der letzteren besagt: Ammen dürfen nicht in Dienst genommen werden und nicht in Dienst treten, bevor der amtliche Ammenarzt ihren Gesundheitszustand bescheinigt hat.

Eine Anstalt mit dem ganz bestimmten Zwecke, die wohlhabenden Familien mit gesunden und zuverlässigen Ammen zu versorgen, besteht seit den fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts in Petersburg. Die Anstalt nimmt die Ammenkinder nicht auf, dagegen kranke Kinder zur zeitweiligen oder dauernden Ernährung mit Ammenmilch.

Stets, sowohl bei dem Hamburger Ammengesetze wie bei der Petersburger Anstalt und bei der Ammenvermittlung, wie sie von den meisten Findelanstalten betrieben wird, handelt es sich im wesentlichen um den Schutz des fremden Kindes, um die Auswahl geeigneter Ammen, wenn auch hin und wieder die Frage erwogen wurde, durch welche Maßnahmen die Ammen vor ansteckenden Krankheiten, namentlich Syphilis, zu schützen seien. Der Standpunkt des französischen Gesetzes gegenüber der Ammenfrage dürfte bekannt sein. Ein neues Moment trug in die Debatte bei uns Schloßmann auf Grund seiner Erfahrungen am Dresdener Säuglingsheime hinein, indem er die Aufmerksamkeit dem Ammenkinde zuwendete und der Vermittlungsstelle die Verantwortung für die Versorgung des Ammenkindes zusprach. Er plädiert für eine Reichsammenordnung, die im wesentlichen folgende Punkte umfaßt:

I. Ammenvermittlung nur durch staatlich oder kommunal organisierte Anstalten, in denen Amme und Ammenkind beobachtet werden.

II. Versorgung und ärztliche Beaufsichtigung des Ammenkindes durch Vermittlung dieser Anstalten auf Kosten der Dienstherrschaft.

III. Haftpflicht und Strafbarkeit der Dienstherrschaft, falls zu einem syphilitischen Kinde eine Amme engagiert wird.

IV. Keine Person darf vor Ablauf von drei Monaten nach der letzten Entbindung eine Stelle als Amme annehmen oder als solche angenommen werden.

Gegen die Zweckmäßigkeit der Bestimmungen dürften wohl nicht viele Einwände zu machen sein, und es dürfte sich empfehlen, mit einer Neuorganisation der Fürsorge für uneheliche Kinder auch eine Regelung des Ammenwesens zu verbinden.

Bei der Fürsorge für uneheliche Kinder habe ich nur den Schutz vor körperlichen Schädigungen besprochen, den Schutz vor Verwahrlosung nur gestreift und Rechtsverhältnisse des unehelichen Kindes, Namensgebung, Erbrecht, das Recht des Kindes an seine Eltern überhaupt nicht berührt. Es würde mich zu weit und in Gebiete führen, die dem Juristen näher liegen. Aber einige persönliche Erfahrungen erscheinen mir des Mitteilens wert. So ist mir der Unterschied in den Anschauungen über uneheliches Kind und ledige Mutter, wie sie in Schweden und wie sie in Norwegen gelten, besonders aufgefallen. In Schweden ist man trotz aller Fürsorgebestrebungen noch vollständig auf dem Standpunkte, daß die uneheliche Mutter allein die Schuld an dem Fehltritte trägt, nur schwer entschließen sich die gesetzgebenden Körperschaften, an die Vorarbeiten zur Schaffung einer Mutterschaftsversicherung heranzugehen. In Norwegen bewegt sich die Fürsorge fürs uneheliche Kind in der Richtung, mit allen gesetzlichen Zwangsmitteln den unehelichen Vater zur Alimentierung seines Kindes heranzuziehen, die Mutter zu entlasten, das Kind zu sichern. Es wird uns unter den Umständen nicht wundern, daß für vermögenslose uneheliche Kinder in Schweden kaum ein gesetzlich geregeltes Vormundschaftswesen existiert, daß das Recht der Namensgebung nicht geklärt ist.

Auch unter unseren Verhältnissen in Deutschland will es mir als ein Unrecht erscheinen, daß das uneheliche Kind den Makel der Unehelichkeit — wie die vom Prager Findelhause ausgegebenen Kinder den Schimpfnamen „práze" (Pragerkind) — sein ganzes Leben lang mit sich herumträgt. Denn bei der Frage, die bei allen offiziellen Gelegenheiten, in der Schule, vor Gericht, beim Militär, beim Standesamte usw. an dasselbe gerichtet wird, bei der Frage: Was ist der Vater? muß das uneheliche Kind antworten: Ich habe keinen Vater. Die Stimmung, die in diesen Ausgestoßenen erwacht, gibt sich ganz gut in einem anonymen

Briefe wieder, den ich nach dem Bekanntwerden meines Kölner Vortrages erhielt:

„Werther Herr Professor!

Auf dem Kölner Kongress hatten Sie die Güte sich auch für uneheliche Kinder zu verwenden, was sehr liebenswürdig ist, und möchten wir uneheliche Kinder mit Verlaub einige Vorschläge mit machen.

Erstens sollte man mit allem Ernst gegen diese Unsittlichkeiten und Hurerei strenger vorgehen, und sie scharf bestrafen damit es den Herren nicht so leicht gemacht wird, (meistens sind es besser sein wollende Herren). Zweitens wenn es dann leider vorgekommen ist, so sollte der Herr auch das Frauenzimmer beirathen und wenn er das durchaus nicht will so soll das Kind auf seinen Namen gut erzogen werden auf seine Kosten bis zum 21. Jare und sollte immer seinen Namen tragen nicht den der Mutter er sollte bezahlen nach seinem Vermögen und das Mädchen nicht abspeisen mit dem par 100 Mk. Alimente und geht dann und heirathet eine andere die Vermögen hat, denn die andere fragt nichts danach ob er schon ein Mädchen mit 1 oder 2 Kinder hat, anders ist es bei dem gefallenen Mädchen, dessen schämen sich diese Herren und sagen das hat ja schon 1 Bankert und wenn sie selbst schon 1, 2, oder gar 3 darum laufen haben und bei alle dem ist das uneheliche Kind sein ganzes Leben der Verachtung ausgesetzt, der Art, wie es kein Einbrecher ist, und wenn er auch schon 5 Jahre im Zuchthaus war, es darf's im Niemand hernach mehr vorhalten, anders ist es bei dem unehelichen Kinde, auch sollte man das schon in der Schule vorbringen und die anderen Kinder belehren ihre Mitschülerin nicht zu verachten u. s. w. und so weiter.

Vormund und Berufsvormund mag gut sein, er wird aber wenig ausrichten können, wenn keine bessern Belehrungen schon in der Schule eingeführt werden und die Sache an der Wurzel angepackt wird.

Mit aller Hochachtung . . . .“

Aber ich wollte über diese Fragen, die in enger Beziehung zu der Verwahrlosung und der hohen Kriminalität der Unehelichen stehen, hier nicht sprechen und habe mein Thema schon in der Einleitung auf den Schutz des Kindes vor körperlichen Schädigungen und Erkrankungen eingeengt.

Wenn ich in Schlagworten zusammenfasse, was ich für die öffentliche Fürsorge für uneheliche Kinder fordere, so ist es:

I. Ausdehnung der Arbeiterversicherung.

II. Erweiterung der Armenpflege und Schaffung größerer Armenverbände.

III. Einheitliche Aufsicht über sämtliche unehelichen Kinder in Verbindung mit der Berufsvormundschaft.

Bei der Ausgestaltung der Fürsorge in diesem Sinne werden durch die unter I und II vorgeschlagenen Neuerungen Schutzvorrichtungen geschaffen, welche dem ehelichen Kinde wie dem unehelichen in gleicher Weise zustatten kommen. Die dritte Maßregel gilt nur für uneheliche Kinder, sie sieht aber auch nur einen Zwang vor, daß den gefährdeten Kindern alle Fürsorgeeinrichtungen, die vorhanden sind, nutzbar werden. Auch dieser Zwang schafft im Schutze des Kindes eine Bevorzugung des unehelichen gegenüber dem ehelichen Kinde. Er ist geboten durch die größere Gefährdung des Kindes.

Es bleibt uns nur zu wünschen, daß die Fürsorgemaßregeln zum Schutze des unehelichen Kindes von Erfolg begleitet sein mögen, denn dann wird ein energisches Eingreifen zum Schutze des ehelichen Kindes nicht ausbleiben.

Materialien.

Italienischer Gesetzesentwurf.

(Übersetzung von Emmy Keller.)

TITEL I.

Fürsorge für die Findelkinder.

Kapitel I.

Leitung des Betriebes und Kostenverteilung.

Artikel 1.

Die Fürsorge für die Findelkinder ist Sache der Provinzen und Kommunen, die Leitung des Betriebes liegt der Amministrazione provinciale ob.

Da wo autonome Findelhäuser oder andere Gründungen bestehen, welche ganz oder teilweise die Fürsorge für die Findelkinder übernehmen, wird die Amministrazione provinciale von dieser Last befreit und ist nur verpflichtet, die Findlingsfürsorge zu ergänzen.

Wenn die Provinz die Kosten mitträgt, hat sie ein Recht auf eigene Vertretung in der Amministrazione, wie sie durch königliches Dekret im Verhältnisse zum Beitrage bestimmt wird.

In bezug auf die Vormundschaft und Überwachung, welche das Gesetz über die autonomen Institutionen ausübt (Gesetze vom 17. Juli 1890, Nr. 6972 und vom 17. Juli 1904, Nr. 390), ist nichts geändert. Ebensowenig in bezug auf die Überwachung, welche den Amministrazioni provinciali nach dem Wortlaute des Artikels 217, Nr. 16, des kommunalen und provinzialen Gesetzes zukommt.

Die interne wie die externe Fürsorge wird in jeder Findelanstalt einem verantwortlichen ärztlichen Leiter anvertraut, welcher von dem Vorstande des Institutes ernannt wird. Er hat den ärztlichen Dienst einheitlich zu gestalten, die Disziplin unter dem internen Personale aufrechtzuerhalten und die Außenpflege zu überwachen.

In den Provinzen, in welchen keine oder nicht genügend Findelhäuser bestehen, haben die Amministrazioni provinciali für einen Arzt zu sorgen, der für die Aufnahme und Unterbringung der Kinder und für den Betrieb im ganzen verantwortlich ist.

Artikel 2.

Die Kosten der Findelfürsorge werden von der Provinz im voraus gezahlt und fallen ihr und der betreffenden Kommune zur Last, und zwar in dem Verhältnisse, welches eine königliche Verordnung nach Anhörung des Consiglio provinciale, der Giunta provinciale amministrativa und des Consiglio di Stato bestimmen wird.

Der den Kommunen zufallende Teil der Kosten darf die Hälfte der Gesamtkosten nicht übersteigen, außer wenn zur Zeit des Inkrafttretens dieses Gesetzes diese Grenze schon überschritten sein sollte, und er wird durch den Präfekten zwischen den

Kommunen im Verhältnisse zu der von der Regierung anerkannten Bevölkerungsziffer verteilt.

Vom Beitrage sind befreit jene Kommunen, in denen autonome Findelhäuser oder Veranstaltungen zur Unterbringung in Außenpflege existieren, welche für alle Findelkinder des Ortes und für die dort geborenen außerehelichen sorgen. Wenn jedoch diese autonomen Findelhäuser oder Veranstaltungen zur Unterbringung in Außenpflege dem Zwecke nicht genügend entsprechen, so haben die Kommunen einen Teil des Beitrages zur Deckung der Kosten, welche zur Vervollständigung der Findelfürsorge notwendig sind, zu zahlen.

Kapitel II.

Überweisung zur Fürsorge.

Artikel 3.

Als Findlinge gelten und zur Fürsorge gehören:

a) Verlassene Kinder unbekannter Eltern, woher auch immer sie in die Provinz gebracht werden;

b) Kinder, für welche die öffentliche Fürsorge nachgesucht wird, welche in den Kommunen der Provinz unehelich geboren und als Kinder unbekannter Eltern gemeldet sind;

c) Uneheliche Kinder, für welche die öffentliche Fürsorge nachgesucht wird, welche nur von ihrer Mutter anerkannt wurden, deren Mutter jedoch in der Provinz Unterstützungswohnsitz hat und bedürftig ist.

Die Fürsorge erstreckt sich bis zum 12. Lebensjahre bei Knaben und bis zum 14. bei Mädchen.

Es bleiben die jetzt bei Findelhäusern und Administrationen provinziell bestehenden speziellen Bestimmungen in Kraft, welche die Fürsorge auf andere Kategorien von Kindern und über das obige Alter hinaus ausdehnen.

Artikel 4.

Die Aufnahme in Findelfürsorge findet nach direkter Anmeldung — ausgeschlossen ist das System der Drehlade — in allen Findelhäusern des Königreichs statt oder in den Aufnahmesälen, welche die Administration provinziell je nach dem Bedarf für die momentanen Aufnahmen, für die Unterbringung in Außenpflege und für die Rücklieferung aus der Außenpflege errichten und erhalten müssen.

Die kommunalen Behörden und die Wohltätigkeitsvereine der Kommunen, in denen Findelhäuser und Aufnahmesäle existieren, müssen für die Unterbringung der Kinder, die ihnen gebracht werden, sorgen, außer wenn sie sie in Findelhäuser und Aufnahmesäle schicken, sofern die Unterbringung in der Gemeinde selbst oder in den Nachbargemeinden nicht möglich ist.

Wer die öffentliche Fürsorge für ein Kind nachsucht, ausgenommen wenn es sich um in verlassenem Zustande (im Sinne des Artikels 377 des Codice civile) aufgebrachte Kinder handelt, muß die Anmeldung mit dem Geburtsscheine begleiten und ist verantwortlich für die Identität des Kindes entsprechend den im Schein enthaltenen Erklärungen.

Artikel 5.

Die Stellen, welche die Findlingsfürsorge ausüben, müssen, soweit als möglich Nachforschungen halten, um festzustellen, wer die Mutter des Kindes ist. Zu diesem Zwecke können sie verlangen, daß die Person, welche das Kind bringt, gehalten ist:

1. Die Herkunft des Kindes anzugeben und dem Amt, dem sie es überbringt, jede Auskunft zu geben, welche die Mutter desselben identifizieren und ihre Armut konstatieren kann.
2. Eine Erklärung der Mutter, ihren Zivilstand betreffend, vorzunehmen. Eine solche Erklärung wird, falls die Mutter nicht zu schreiben versteht oder vermag, durch einen zu diesem Zwecke gesandten Beamten der Verwaltung oder von einem Notar ihrer Wahl aufgenommen.

Die Mutter, welche eine falsche Erklärung in bezug auf ihren Zivilstand abgibt, wird mit Haft bis zu 3 Monaten bestraft.

In keinem Falle werden Angaben über die Person des Vaters registriert.

Der Aufnahme-Nachsuchende wird außerdem darauf aufmerksam gemacht, daß die Mutter, wenn sie das Kind anerkennen und aufziehen will, ein Recht auf Unterstützung nach den Bestimmungen des Artikels 14 hat, und er wird ersucht, der Mutter diese Aufklärung mitzuteilen.

Der Wortlaut der Erklärungen des die Aufnahme Nachsuchenden sowie Aufklärungen und Aufforderungen, die ihm gemacht wurden, werden von einem Beamten der Administration niedergeschrieben, der dazu bestellt ist, und welcher für diesen Akt die Eigenschaft des öffentlichen Beamten hat, und wird zusammen mit den Erklärungen der Mutter besonders aufbewahrt, auch zusammen mit den Gegenständen, welche an dem oder um das Kind gefunden wurden und welche in demselben Aktenstücke beschrieben werden müssen.

Dieses Aktenstück darf niemand gezeigt werden, außer dem Findlinge bei Erreichung der Majorennität oder einem der Eltern, falls er zu irgend einer Zeit das Kind anerkennen will.

Die Verletzung des Geheimnisses betreffend solche Akte wird, wenn sie von einem öffentlichen Beamten begangen wird, nach dem Artikel 177 des Codice penale und, von einer andern Person begangen, nach dem Artikel 163 desselben Codice bestraft.

Artikel 6.

Der Gemeindearzt — wenn das Kind zum städtischen Amte gebracht wurde — und der Arzt der Anstalt oder des Aufnahmesaales — wenn das Kind dorthin gebracht wurde — hat den Gesundheitszustand der Mutter unter Bewahrung des Berufsgeheimnisses festzustellen.

Artikel 7.

Die Findelkinder, welche in Findlingsfürsorge überwiesen werden, müssen in der Regel zum Stillen Ammen auf dem Lande anvertraut werden, denen eine Ausstattung für das Kind übergeben und denen ein monatliches Entgelt ausgesetzt wird.

Ist die Stillperiode vorüber, so wird das Kind entweder in ein Findelhaus aufgenommen oder einer Pflegepartei auf dem Lande anvertraut, welche auch die Amme sein kann. Die Pflegepartei hat ein Anrecht auf eine entsprechende Entschädigung, welche von der Leitung der Findelfürsorge festgesetzt wird.

Die Pflegepartei, der ein Kind anvertraut ist, darf es nicht ohne Erlaubnis des Findelhauses anderen übergeben unter Strafe, alle bereits erhaltenen Pflegegelder zurückgeben zu müssen und für die dem Kinde dadurch verursachten Schäden aufzukommen.

Wenn durch das Stillen syphilitischer Findlinge die Ammen Schaden leiden, so ist die Leitung des Betriebes verpflichtet, den Schaden zu vergüten nach dem Artikel 1151 des Codice civile.

Es ist bei dieser Art von Schädigungen das Gesetz über die Arbeitsunfälle vom 31. August 1904, Nr. 51 mit den Änderungen, welche im Reglement festgesetzt sind, anwendbar.

Artikel 8.

Die Mutter oder die Person, welche das Kind der Findlingsfürsorge übergeben hat, hat das Recht, den Namen und die Wohnung der Amme, der das Kind anvertraut ist, zu erfahren.

Artikel 9.

Im Falle die Administrationen, welche dazu verpflichtet sind, sich weigern, ein Kind in Fürsorge zu nehmen, oder den bedürftigen Müttern die Unterstützung verweigern, auf die sie ein Anrecht haben, geht der Präfekt auch auf Grund einer einfachen Anzeige vor.

Kapitel III.

Vormundschaft und Kontrolle der in öffentliche Findlingsfürsorge übernommenen Kinder.

Artikel 10.

Die nicht anerkannten oder nicht legitimierten Findlinge, welche in öffentliche Fürsorge übernommen sind, werden demjenigen anvertraut, welcher selbst die Fürsorge ausübt, welcher für sie ohne Einmischung des Prätors den Vormundschaftsrat bildet, und einem Beamten der Administration oder auch der Amme oder Pflegerin, wenn sie unverheiratet oder Witwe ist, oder deren Mann um die vormundschaftlichen Funktionen auszuüben.

6 Monate bevor die Fürsorgezeit abläuft, muß der Betreffende dem Prätor davon Nachricht erstatten, damit er den Vormundschaftsrat konstituiere, welcher den Vormund nach den Vorschriften des Artikels 248 des Codice civile zu ernennen hat.

Artikel 11.

Die Anerkennung der in öffentliche Fürsorge übernommenen Findelkinder kann jederzeit und von jedem der Eltern vor dem Standesbeamten des Aufenthaltsortes der Eltern erfolgen.

Wenn die Anerkennungserklärung in einer andern als der Geburtsgemeinde des Kindes erfolgt, so sind sie sofort dem Standesbeamten der Geburtsgemeinde zur Eintragung in die Register mitzuteilen.

Kapitel IV.

Vormundschaft und Kontrolle der nicht in öffentliche Findlingsfürsorge übernommenen illegitimen Kinder.

Artikel 12.

Die Person, welche beim Standesamte die Geburt eines Kindes unbekannter Eltern anzeigt, muß erklären, ob für das Kind die öffentliche Fürsorge nachgesucht wird, und wenn nicht, muß sie den Namen und Aufenthaltsort der Person angeben, welche es in Pflege nimmt.

Der Standesbeamte hat sofort dem Prätor von der Geburt der Kinder unbekannter Eltern Nachricht zu geben, wenn für sie der die Anzeige Erstattende erklärt hat, daß die öffentliche Fürsorge nicht nachgesucht werde, ebenso hat er Nachricht zu geben, bei Kindern, bei denen er nach sorgfältigen Nachforschungen, welche im Laufe von 10 Tagen zu machen sind, zu dem Schlusse kommt, daß die Fürsorge im Gegensatze zu den Erklärungen des Anzeigeerstattenden nicht nachgesucht wurde oder nicht bewilligt wurde, indem er diesen Mitteilungen die anderen von dem Anzeigeerstattenden erhaltenen Nachrichten anschließt.

Artikel 13.

Der Prätor konstituiert nach Empfang dieser Mitteilungen den Vormundschaftsrat und ernennt den Vormund nach den Artikel 248 und 261 des Codice civile und nach dem Artikel 15 dieses Gesetzes.

Die in diesem Kapitel behandelten Kinder sind unter der Kontrolle der öffentlichen Behörden. Der Bürgermeister kann jederzeit Inspektionen anordnen, um die Pflegestellen zu revidieren, und sobald Gefahr für die Gesundheit oder Moral der Kinder besteht, kann er durch den Prätor verlangen, daß der Vormundschaftsrat dafür Sorge trage, daß sie in Findelfürsorge aufgenommen werden, in welchem Falle die Funktion des Vormundschaftsrates aufhört und die Dispositionen des Artikels 10 dieses Gesetzes in Kraft treten.

Kapitel V.

Allgemeine Bestimmungen.

Artikel 14.

Den bedürftigen Müttern, welche die unehelichen Kinder, welche sie anerkannt haben oder für welche sie durch königliches Dekret die Legitimation erreicht haben, aufziehen, erhalten die Aussteuer und die gleichen Vergütungen, welche für die Ammen angesetzt sind, bis die Kinder ihr 5. Jahr vollendet haben.

Den bedürftigen Müttern, welche, ohne sie anzuerkennen, die unehelichen Kinder aufziehen, können die Aussteuer und die obengenannten Vergütungen zuerkannt werden.

In beiden Fällen wird die Unterstützung verweigert, wenn die Mutter mit einem Manne zusammenlebt, welcher imstande ist, das Kind zu unterhalten. Die Unterstützung wird außerdem reduziert oder zeitweilig oder dauernd aufgehoben, wenn die Mutter aufhört bedürftig zu sein, oder wenn sie aufhört dem Kinde die notwendige Pflege zu geben oder geben zu lassen.

Die Administration kann die Mutter aus physischen oder moralischen Gründen von der Verpflichtung der persönlichen Pflege befreien und sie kann anordnen, daß die Unterstützung direkt an die Amme bezahlt werde.

Artikel 15.

Der Prätor kann in den Vormundschaftsrat (Artikel 10 und 13) statt der in Artikel 261 des codice civile angegebenen Personen 2 Verwaltungspersonen des lokalen Wohltätigkeitsvereines oder einer andern öffentlichen Wohltätigkeitsverwaltung, welche als einen ihrer Ziele den Kinderschutz hat, berufen oder zwei Personen, welche von den obigen Verwaltungen zu dem genannten Zwecke bestimmt werden.

Als Berater können auch Frauen angeschlossen werden, welche, wenn sie unverheiratet (nubili) oder Witwen sind, auch die Vormundschaft übernehmen können.

Artikel 16.

Die lokalen Behörden müssen unter Verantwortung des Sekretärs ein besonderes Register über alle Kinder halten, welche auf Kosten der öffentlichen Fürsorge im Bereiche der Kommune in Pflege gegeben wurden, über die, welche von den Eltern nicht anerkannt wurden, von denen sie auch nicht aufgezogen wurden, ebenso über die Ammen und müssen auch alles niederlegen, was sich auf den Stand und die Unterbringung besagter Kinder bezieht. Dieselbe Verpflichtung besteht in bezug auf die Kinder, welche Pflegeparteien anvertraut sind, nach dem Artikel 7.

Zu diesem Zwecke müssen der verantwortliche ärztliche Leiter des Findelhauses und der für den ärztlichen Findelfürsorgedienst verantwortliche Arzt (Artikel 1) von Zeit zu Zeit dem Bürgermeister der Kommune, in welcher sich das Kind in Pflege befindet, die auf dasselbe sich beziehenden Nachrichten mitteilen.

Für die von den Eltern nicht anerkannten Kinder, für welche die öffentliche Fürsorge nicht nachgesucht wurde, wird das gleiche von dem Standesbeamten, der die Geburtsanmeldung entgegennimmt, gefordert.

Es werden periodische Nachprüfungen der von den genannten Ämtern, den Wohltätigkeitsvereinen, den Findelhäusern und den Ärzten geführten Register in der zur Kontrolle der standesamtlichen Akten vorgeschriebenen Weise vorgenommen.

Artikel 17.

Die Zustimmung der ärztlichen Leiter der Findlingsanstalt vorausgesetzt, können die beamteten Professoren der Pädiatrie an den Universitäten oder anderen höheren Lehranstalten zu Lehrzwecken die kranken Kinder benutzen, welche in den Anstalten aufgenommen wurden. Für diesen Bedürfnis wird Artikel 38 des Gesetzes vom 17. Juli 1890, Nr. 6972 in Anwendung gebracht.

TITEL II.

Fürsorge für die verlassenen Kinder.

Kapitel I.

Überwachung des Betriebes und Kostenverteilung.

Artikel 18.

Die Überwachung der Fürsorge für legitime oder anerkannte Minderjährige, welche materiell oder moralisch verlassen sind und welche nicht zu den in Artikel 3 dieses Gesetzes genannten Kategorien gehören, liegt in jeder Provinz dem Präfekten ob.

Artikel 19.

Die Kosten der Erhaltung besagter Minderjährigen (Knaben bis zu 12 Jahren, Mädchen bis zu 14 Jahren) fallen den Wohltätigkeitsinstituten zur Last, deren Ziel es ist, den verlassenen Kindern zu Hilfe zu kommen, und welche in der Kommune existieren, wo das Kind seinen Unterstützungswohnsitz hat. Inbegriffen sind die sogenannten durch Almosen erhaltenen Institute (Artikel 6, Buchstabe c des Gesetzes vom 18. Juli 1904, Nr. 390), welche sich mit dem dritten Teile der Rente, welche sie verpflichtet sind, zu diesem Zwecke auszuteilen, beteiligen müssen.

Wenn die Renten besagter Institutionen nicht vorhanden sein sollten, muß die Kommune, wo das Kind seinen Unterstützungswohnsitz hat, für dasselbe sorgen.

Die Kommune kann sich für die Kosten entschädigen, indem sie die dotalen Institutionen proportionell und im Notfalle sogar bis zu völligen Erschöpfung ihrer Einkünfte heranzieht. Es sind vom Beitrage befreit die dotalen Institutionen zugunsten bestimmter Familien, außer wenn diese oder der vom Stifter bestimmte Verwandtschaftsgrad erloschen ist. Die aus solchen Kostenverteilungen eventuell entstehenden Kontroversen werden definitiv durch die Commissione provinciale di beneficenza entschieden.

Es bleibt das Recht des Ministeriums des Innern bestehen, in Fällen, in denen es sich als nötig herausstellt, sich der Dispositionen des königlichen Dekretes vom 19. November 1889, Nr. 6535 und des Gesetzes vom 22. Juli 1897, Nr. 334, zum Zwecke der Unterbringung von Kindern, auf welche sich das Dekret bezieht, zu bedienen.

Artikel 20.

Als materiell verlassene Kinder gelten bedürftige Kinder, deren Eltern oder Aszendenten tot, oder unauffindbar oder verhaftet sind, sich in einer öffentlichen Fürsorgeanstalt oder in einer öffentlichen Wohltätigkeitsanstalt oder im Gefängnis befinden, oder die aus einem andern Grunde nicht imstande sind, für die Kinder zu sorgen.

Artikel 21.

Als moralisch verlassene Kinder gelten:

a) Diejenigen, deren Eltern die väterliche Gewalt oder die gesetzliche Vormundschaft entzogen wurde, auf Grund der Artikel 33, 349, 392 des Codice penale, 113 und 116 des Gesetzes vom 30. Juni 1889 über die öffentliche Sicherheit; 1 und 2 des Gesetzes vom 21. Dezember 1873 über das Verbot der Anstellung von Kindern in Vagabundenberufen; und des Artikels 2 des Gesetzes vom 31. Januar 1901, Nr. 23 über die Auswanderung;

b) diejenigen, für die ein Vormund nach Artikel 233 des Codice civile ernannt wurde;

c) diejenigen, deren Eltern die Ausübung der väterlichen Gewalt kraft der Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes entzogen wurde.

Artikel 22.

Wenn die öffentliche Sicherheitsbehörde, die öffentliche Fürsorge, die öffentlichen Wohlfahrtseinrichtungen oder die Kinderschutzvereine ein legitimes oder an-

erkannten Kind ohne die Intervention desjenigen der Eltern, welcher die väterliche Gewalt ausübt, oder des Vormundes aufnehmen, müssen sie binnen 3 Tagen dem Bürgermeister des Ortes, wo das Kind aufgenommen wurde, und dem Präfekten hiervon Anzeige erstatten.

Diese Anzeige muß in der Form, die im Reglement dafür vorgesehen wird, binnen 2 Wochen besagtem Teile der Eltern oder dem Vormunde des Kindes mitgeteilt werden und dieser kann die Rückgabe binnen 3 Monaten durch Ansuchen an das Tribunale civile reklamieren, welches in der Camera di consiglio, nach Anhörung des Pubblico Ministerio sich entscheidet, ob die Berufung anzunehmen oder ob den Eltern die Ausübung der väterlichen Gewalt und dem Vormunde die Vormundschaft zu entziehen sei.

Artikel 23.

Die obengenannten Behörden und Personen müssen, wenn es zu ihrer Kenntnis gelangt, daß ein Kind im Sinne dieses Gesetzes moralisch oder materiell verlassen ist, dem Bürgermeister des Ortes, in dem das Kind sich befindet, und dem Präfekten sofort hiervon Anzeige erstatten.

Artikel 24.

Wenn der Präfekt Anzeige erhalten hat, daß ein Kind materiell verlassen ist, so untersucht er, ob in der Kommune, in welcher das Kind seinen Unterstützungswohnsitz hat, Wohltätigkeitsinstitutionen sich befinden, welche für dasselbe sorgen können, und er gibt Befehl, daß das Kind auf Kosten besagter Institutionen oder unter der Obhut dieser Institutionen bei Privatfamilien untergebracht werde. Wo jedoch keine Wohltätigkeitsinstitutionen sich befinden, welche verpflichtet sind, für die verlassenen Kinder zu sorgen, oder wo die Mittel derselben nicht ausreichen, erläßt er den Befehl, daß das Kind in die Findlingsfürsorge aufgenommen werde. Jedoch behält die Administration, welche besagte Hilfe leistet, das Recht, die Kosten von der Kommune, wo das Kind seinen Unterstützungswohnsitz hat, zurückzuverlangen, nach dem Artikel 19 auf der Basis des Unterstützungstarifes, welcher für jede Provinz von der Commissione provinciale di beneficenza genehmigt wird.

Der Präfekt kann immer die ersten Maßnahmen für die Fürsorge eines Kindes selbst treffen.

Artikel 25.

Wenn das Kind seinen Unterstützungswohnsitz in einer andern Provinz als derjenigen, in der es aufgenommen wird, hat, so wendet sich der Präfekt dieser Provinz an den Präfekten der Provinz, der das Kind angehört, um einen Befehl zur Aufnahme.

Die Wohltätigkeitsvereine, die provinziale Wohltätigkeitskommission und die Kinderschutzvereinigungen, welche auf einer Liste eingetragen sind, die für jede Provinz nach den Ausführungsbestimmungen zusammenzustellen ist, so daß man jederzeit die Möglichkeit feststellen kann, ob die Kinder auf Kosten der lokalen Wohlfahrtseinrichtungen untergebracht werden können, können einen diesbezüglichen Befehl herbeiführen.

In sehr eiligen Fällen muß, wenn der Aufnahmebefehl noch nicht gegeben ist, der Bürgermeister dafür sorgen, daß dem verlassenen Kinde die nötige Fürsorge erteilt werde. Die daraus entstehenden Kosten werden von der Kommune vorgestreckt, die jedoch das Recht behält, nach den Angaben der oben genannten Tarife sich auf Kosten der Person oder der Institution, welche im Befehle bezeichnet ist, schadlos zu halten.

Kapitel II.

Über die Aufhebung der Ausübung der elterlichen Gewalt.

Artikel 26.

Die Ausübung der elterlichen Gewalt wird von Rechts wegen entzogen:

a) In bezug auf die Kinder, an denen ein Verbrechen begangen worden ist, den Eltern, welche wegen Vergehens gegen 390 und 391 des Codice penale bestraft

worden sind, wenn sie nicht der Ausübung der elterlichen Gewalt bereits verlustig erklärt worden sind, und den Eltern, welche wegen Vergehens gegen Artikel 386 des Codice penale bestraft worden sind.

c) In bezug auf alle Kinder den Eltern, welche wegen Vergehens gegen Artikel 331, 332, 333, 335, 337, 345, 346, 347 des Codice penale bestraft worden sind.

Artikel 27.

Es kann das Recht der elterlichen Gewalt entzogen werden:

a) In bezug auf die Kinder, an denen kein Verbrechen begangen worden ist, den Eltern, welche wegen Vergehens gegen Artikel 390 und 391 des Codice penale bestraft worden sind.

b) Den Eltern, welche wegen Vergehen gegen die Artikel 361 und 362 des Codice penale bestraft worden sind.

c) Den Eltern, welche wegen gewohnheitsmäßiger Bettelei und Trunkenheit nach den Artikeln 453, 454, 456 und 488 des Codice penale bestraft worden sind, und den Eltern, welche wegen Müßiggang und Vagabundentum nach dem Artikel 94 und den folgenden Artikeln des Gesetzes für die öffentliche Sicherheit verwarnt worden sind.

d) Den Eltern, welche, auch ohne daß sie irgendwie bestraft worden sind, durch ihre ungeregelte oder schlechte Lebensführung oder durch schlechte Behandlung oder durch Vernachlässigung die Gesundheit, die Moral oder die Sicherheit ihrer Kinder ernstlich in Gefahr bringen.

Artikel 28.

Die Entziehung der elterlichen Gewalt wird zugleich mit dem Urteile der Bestrafung für eines der in den vorhergehenden Artikeln genannten Vergehen ausgesprochen.

Wo es nicht bei dem Bestrafungsurteile vorgesehen ist oder wo es sich um den unter Buchstaben d) des vorhergehenden Artikels genannten Fall handelt, wird die Entziehung in der Camera di consiglio vom tribunale civile des Ortes, wo der Bestrafte seinen Aufenthaltsort zur Zeit des Urteils hatte, auf Ansuchen des Pubblico Ministero oder auf Klage eines der Verwandten des Minderjährigen, der Congregazione di carità, der autorità politica oder der öffentlichen Sicherheitsbehörde oder der associazione di patronato nach Verständigung mit dem Pubblico Ministero ausgesprochen.

Das Ansuchen oder die Klage werden den Eltern mitgeteilt, welche mündliche oder schriftliche Verteidigungen in der ihnen vom Präsidenten dazu bestimmten Zeit vorbringen können.

Die Verfügungen des Tribunals sind von Rechts wegen exekutiv. Gegen diese Verfügungen steht dem Pubblico Ministero, den Eltern oder den Personen und Korporationen, welche die Verfügungen selbst hervorgerufen haben, Berufung an den Appellationsgerichtshof in der Zeit von 2 Wochen und in der Weise zu, wie sie im Artikel 781 des Codice di procedura civile bestimmt ist.

Artikel 29.

Wenn das Tribunal bei Verhängung der Entziehung der elterlichen Gewalt die Vormundschaft des Kindes nicht der Administration oder der Institution, bei denen es Aufnahme gefunden hat, nach Artikel 33 anvertrauen will, so verfügt es die Zuziehung des Familienrates, zu dem teilzunehmen der Prätor diejenigen Personen, welche in Artikel 15 des gegenwärtigen Gesetzes genannt sind, auffordern kann, an Stelle der Rechtsbeistände.

Der Familienrat berät und entscheidet, ob die elterliche Gewalt von der Mutter ausgeübt werden soll. In diesem Falle kann man ihr Bedingungen in bezug auf die Fürsorge für die Person und die Verwaltung des Vermögens der Kinder stellen.

Im Falle die Vormundschaft der Mutter wegfällt, ernennt der Familienrat den Vormund.

Die Mutter hat das Recht, zu verlangen, daß sie vor der Entscheidung gehört und verhört werde. Wenn die Mutter mit dem Gatten, gegen den die im vorhergehenden

Artikel genannten Verfügungen getroffen worden sind, zusammenlebt, so kann ihr nicht die Ausübung der elterlichen Gewalt übertragen werden. Die Entscheidung des Familienrates bedarf der Bestätigung des Tribunals.

Artikel 30.

Wenn die Mutter, welche nicht die elterliche Gewalt ausübt, für eines der Vergehen, welche in Artikel 26 und 27, Buchstaben *a) b) c)* genannt worden sind, bestraft worden ist, oder wenn sie sich der in Artikel 27, Buchstabe *d)*, genannten Taten schuldig gemacht hat, so kann auf dem Wege des in Artikel 28 angegebenen Verfahrens die Entziehung der Ausübung der elterlichen Gewalt gegen den Vater, welcher die Kinder nicht in Schutz genommen hat, ausgesprochen werden.

Artikel 31.

Wenn das Tribunal gegen den Vater oder die Mutter die Entziehung der Ausübung der elterlichen Gewalt ausspricht, so setzt es die Höhe der Alimente fest, welche von dem Betreffenden zugunsten der Institution oder der Person, welche das Kind aufgenommen hat, entrichtet werden müssen, und was es sonst im Interesse des Kindes für notwendig erachtet.

Für die Kinder, welche mittellos sind und welche keine Eltern besitzen, welche die Alimente entrichten müssen, wird in der in Artikel 19, 24 und 25 des gegenwärtigen Gesetzes genannten Weise gesorgt.

Artikel 32.

Die Eltern, denen die elterliche Gewalt entzogen worden ist, können in ihre Rechte nicht wieder eingesetzt werden vor Ablauf von 3 Jahren vom Tage des Urteilsspruches an oder von dem Tage an, an dem der Termin um das verlassene Kind zu reklamieren (nach Artikel 22 des gegenwärtigen Gesetzes) abgelaufen ist.

Das darauf bezügliche Ansuchen wird vor dem Tribunal des Aufenthaltsortes des Kindes in der in Artikel 28 angegebenen Weise vorgebracht. Das Tribunal entscheidet nach Anhörung des Pubblico Ministerio und dessen, der die Vormundschaft geführt hat, nach den Bestimmungen des Artikels 25.

Artikel 33.

Das Pubblico Ministerio teilt dem Präfekten innerhalb 5 Tagen die Entscheidungen des Tribunals nach den Bestimmungen des gegenwärtigen Gesetzes mit und sorgt für die Ausführung.

Der Präfekt gibt den Befehl über den Aufenthaltsort des Kindes nach den Bestimmungen des gegenwärtigen Gesetzes.

Artikel 34.

Auf die müßiggängerischen, vagabundierenden oder übelbeleumundeten Kinder nach dem Artikel 94 des Gesetzes über die öffentliche Sicherheit vom 30. Juni 1889 und auf diejenigen, welche gewohnheitsmäßig betteln oder Unzucht treiben, sind die Bestimmungen der Artikel 113, 114 und 115 besagten Gesetzes anwendbar und für sie, wenn sie in ein Riformatorio gebracht werden müssen, wenn keine Verwandten vorhanden sind, welche verpflichtet sind, die Alimente zu zahlen, hat der Staat zu sorgen.

Die Befugnisse des Tribunals berechtigen es, nach vorhergegangener Verständigung mit den betreffenden Ämtern zu veranlassen, daß die Knaben zur Schiffsjungenschule der königlichen Marine gesandt werden.

Nichts ist verändert an den Bestimmungen des Codice penale in Bezug auf die Überweisung von Minderjährigen in Erziehungs- oder Besserungsanstalten.

Kapitel III

Das Übertragen der Vormundschaft auf die Personen, welche Pflege und Erhaltung des Kindes übernehmen.

Artikel 35.

Über die moralisch oder materiell verlassenen Kinder erhalten die Administrationen der Wohlfahrtsinstitute die Vormundschaft:

a) Wenn das Tribunal ihnen eine solche Vormundschaft bei der Verfügung der Entziehung der Ausübung der väterlichen Gewalt übertragen hat;

b) wenn es sich um aufgenommene Kinder handelt, welche nicht innerhalb von 3 Monaten reklamiert werden, nach dem Artikel 22.

Artikel 36.

Die obengenannten Administrationen können auch die Ausübung der väterlichen Gewalt über Kinder an sich nehmen, welche bei ihnen untergebracht sind, auch wenn sie nicht materiell oder moralisch verlassen sind, wenn die Eltern sich damit einverstanden erklären.

Wo es sich um Kinder, welche unter Vormundschaft stehen, handelt, können sie ebenfalls die Vormundschaft ausüben, wenn sie ihnen vom Familienrat übertragen ist, nachdem der Vormund darauf verzichtet hat, im Falle es sich um eine testamentarische oder legitime Vormundschaft handelt.

Der Akt der Zustimmung der Eltern *oder* die Entscheidung des Familienrates muß vom Tribunal in *Camera di consiglio* nach Anhörung des Pubblico Ministerio bestätigt werden und kann nur unter Wahrung derselben Formen annulliert werden, mit der Ausnahme, daß das Tribunal, welches den Akt oder die Entscheidung der Annullierung zu bestätigen hat, außerdem noch die Befugnis hat, die Rückgabe des Kindes von der ganzen oder teilweisen Zurückgabe der durch seinen Unterhalt veranlaßten Kosten abhängig zu machen.

Für die in diesem Artikel und im vorhergehenden genannte, von besagten Administrationen übernommene Vormundschaft gelten die Bestimmungen des Artikels 262 des Codice civile.

Artikel 37.

Die Administration des Wohlfahrtsinstitutes, welche die Ausübung der väterlichen Gewalt oder der Vormundschaft über einen bei ihr untergebrachten Minderjährigen innehat, hat die Befugnis, ihn aus der väterlichen Gewalt zu entlassen, nach dem Artikel 311 des Codice civile und hat das Recht, sich an den Appellationsgerichtshof zu wenden, nach dem Artikel 67 des Codice civile, wenn die Eltern oder Aszendenten ihm ihre Zustimmung zur Ehe verweigern.

TITEL III.

Für Titel I und II gemeinsame und Schlußbestimmungen.

Artikel 38.

Wenn die Administration der Fürsorge für die Findelkinder oder die mit der Ausübung der väterlichen Gewalt oder der Vormundschaft betraute Administration des Wohlfahrtsinstitutes die ihnen anvertrauten Kinder mit den gewöhnlichen Mitteln von ihren Verirrungen nicht abbringen können, so können sie fordern, daß sie auf Staatskosten in einem riformatorio nach Artikel 222 des Codice civile untergebracht werden.

Wo es sich um Minderjährige im Sinne des Artikels 36 handelt, werden die Eltern, bevor der Präsident des Tribunals die Verfügung trifft, aufgefordert, ihre Meinung über diese Forderung abzugeben.

Artikel 39.

Die Verfügungen des Präfekten nach den Artikeln 9 und 24 des gegenwärtigen Gesetzes über Fragen, welche sich auf die Fürsorge für die Kinder beziehen, werden direkt an die V. Sektion des Consiglio di Stato gerichtet, welcher über die Ansuchen in der Camera di Consiglio ohne Zuziehung eines Advokaten entscheidet.

Es wird den interessierten Personen jede Möglichkeit einer Entschädigung gegeben von seiten derjenigen, welche in bezug auf die auf Kosten der öffentlichen Fürsorge erhaltenen Kinder zu Alimenten verpflichtet sind, nach den Dispositionen des Codice civile.

Es sind bei allen Fragen bezüglich der Kosten der Unterbringung und bezüglich der Fürsorge für Findlinge und der Fürsorge für moralisch oder materiell verlassene Kinder die Bestimmungen über den Unterstützungswohnsitz maßgebend (Kapitel VII des Gesetzes vom 17. Juli 1890, Nr. 6972).

Artikel 40.

Die Gemeindeärzte sind zur unentgeltlichen Behandlung der Findlinge und der materiell oder moralisch verlassenen Kinder auf dem Gebiete ihrer Kommunen und zur Untersuchung der Ammen, welche sich anbieten, die Kinder aufzuziehen, nach den Bestimmungen, welche im Reglement dafür aufgestellt werden, verpflichtet.

Im Falle besondere Verfügungen notwendig werden, müssen die Gemeindeärzte sie beim Bürgermeister beantragen.

Die Kommunen müssen für die kostenlose Verabreichung der Medikamente an die Kinder, welche auf ihrem Gebiete aufgezogen werden, sorgen, nach dem Artikel 2 des Gesetzes vom 25. Februar 1904, Nr. 57.

Artikel 41.

Die im Artikel 4, §§ 3, 5, 10, 11, 12, 13, 16, 19 und §§ 8, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 36, 37, 38 genannten Akte und im allgemeinen alle gerichtlichen und außergerichtlichen Akte, welche im gegenwärtigen Gesetze sich befinden, außerdem diejenigen, welche sich auf den Verkauf der Güter und im allgemeinen auf die Vormundschaft der Minderjährigen, auch wenn sie nicht verlassen sind und wenn sie eine Hinterlassenschaft im ganzen nicht über Lire 2000 besitzen, beziehen, werden auf carta libera (stempelfrei) geschrieben und sind von jeder Taxe befreit.

In den in Artikel 22, 28, 29, 30, 31, 32 und 36 genannten Verhandlungen ist die Zuziehung eines Advokaten oder Prokurators nicht notwendig.

Artikel 42.

Wenn die Amministrazioni provinciali nicht mit geeigneten Mitteln ihre Verpflichtungen nach dem gegenwärtigen Gesetz erfüllen, so verfügt amtlich die Giunta provinciale amministrativa in bezug auf die Kosten, es bleibt jedoch das dem Präfekten zustehende Recht (Artikel 9 und 14) bestehen.

Artikel 43.

Im Zeitraum eines Jahres von der Veröffentlichung des im nächsten Artikel genannten Reglements an müssen die amministrazioni provinciali und diejenigen der Findelhäuser je nach Bedarf die betreffenden Reglements und Statuten verfassen (oder durchsehen und ändern), um sie mit den Dispositionen des gegenwärtigen Gesetzes und des Reglements in Übereinstimmung zu bringen.

Über die oben genannten Statuten und Reglements muß je nachdem entweder vom Consiglio provinciale oder von der Administration des Findelhauses, nach Anhörung des Consiglio provinciale, beschlossen werden und sie müssen durch königliches Dekret, nach Anhörung des Consiglio superiore di assistenza e beneficenza pubblica, bestätigt werden.

Artikel 44.

Vom Tage des Inkrafttretens des gegenwärtigen Gesetzes an ist jede mit ihm in Widerspruch stehende allgemeine oder spezielle über denselben Gegenstand existierende Disposition aufgehoben.

Das Governo del Re hat die Befugnis, nach Anhörung des Consiglio superiore di assistenza e beneficenza pubblica und des Consiglio di Stato, mit dem Reglement die Normen für die Ausführung des gegenwärtigen Gesetzes sowie die Strafen für Vergehen gegen Gesetz und Reglement festzusetzen. Solche Strafen können nicht über 200 Lire hinausgehen. Nicht aufgehoben sind dadurch die vom Codice civile und anderen Gesetzen festgesetzten Strafen.

Das Reglement selbst wird die Normen festlegen, nach welchen die regolamenti provinciali und die Statuten der Findelhäuser die hygienischen Bedingungen für die zur Aufnahme der Findlinge bestimmten Gebäude und Säle sowie die Höhe, die Dauer, die Modalität des den Ammen und Erziehern zu übergebenden Entgelts, die Normen für die pünktliche Auszahlung des Entgelts in der für die den Volksschullehrern auszuzahlenden Stipendien vorgeschriebenen Weise und die Garantien, welche sich auf die Außenpflege und die Rekrutierung des sanitären Personals beziehen, festzusetzen haben.

Children Act, 1908.

[21. Dezember 1908.]

Part I.

Infant Life Protection.

§ 1.

1. Wenn eine Person gegen Entgelt ein oder mehrere Kinder unter 7 Jahren, welche von den Eltern getrennt sind oder keine Eltern haben, in Kost und Pflege nimmt, soll sie binnen 48 Stunden der Lokalbehörde schriftliche Anzeige hiervon erstatten.

Diese Bestimmung findet keine Anwendung, wenn es sich um ein Kind handelt, dessen Aufenthalt in der Pflegestelle 48 Stunden oder weniger beträgt.

2. Wenn eine Person, die bisher ein Kind ohne Entgelt in Kost und Pflege gehabt hat, nunmehr ein Entgelt dafür bekommt, so rechnet dies als Neuaufnahme.

3. Die Anzeige soll Namen, Geschlecht, Alter und Geburtsort des Kindes enthalten, den Namen der Person, welche das Kind aufnimmt, die Wohnräume, in denen das Kind gehalten wird, und den Namen und die Adresse der Person, die das Kind in Pflege gibt.

4. Wenn eine Person, die ein Kind in Kost und Pflege genommen hat, ihre Wohnung ändert, so hat sie binnen 48 Stunden der Lokalbehörde hiervon schriftlich Anzeige zu erstatten, und falls die neue Wohnung in dem Distrikte einer andern Lokalbehörde liegt, so hat sie derselben die gleiche Anzeige betreffs des bei ihr in Pflege befindlichen Kindes zu erstatten, wie solche bei Neuaufnahme des Kindes verlangt wird.

5. Wenn ein solches Kind stirbt oder aus der Pflege genommen wird, so hat die bisherige Pflegefrau binnen 48 Stunden der lokalen Behörde Anzeige von dem Tode oder der Veränderung zu machen und im letzteren Falle auch den Namen und die Adresse der Person anzugeben, an der das Kind nunmehr in Pflege gegeben ist.

6. Wenn beim Inkrafttreten dieses Aktes eine Person bereits ein Kind in Kost und Pflege genommen hat unter Umständen, die eine Anzeige bei der lokalen Behörde erfordern würden, wenn diese Aufnahme nach Inkrafttreten dieses Aktes geschehen wäre, so hat diese Person binnen 4 Wochen nach Inkrafttreten dieses Aktes der lokalen Behörde in gleicher Weise Anzeige zu erstatten, wie dies bei einer Aufnahme nach Inkrafttreten dieses Aktes zu geschehen hätte.

Diese Bestimmung

findet keine Anwendung auf Personen, die bei Aufnahme eines Kindes Anzeige erstattet haben, wie solche in dem Infant Life Protection Act, 1897, vorgeschrieben ist, jedoch soll

diese Bestimmung

keine Person, die Anzeige unter dem eben erwähnten Akt zu machen hatte, von irgend welchen Verbindlichkeiten befreien, die sie dabei eingegangen ist.

Wie vorher gesagt, soll dieser Teil des Aktes angewendet werden auf ein Kind, das vor Erscheinen dieses Aktes in Kost und Pflege gegen Entgelt genommen ist, und zwar in gleicher Weise, wie er Anwendung findet bei einem Kinde, das in Kost und Pflege n a c h Erscheinen dieses Aktes genommen ist, und zwar so, als ob eine Anzeige, die unter the Infant Life Protection Act, 1897, erstattet ist, eine unter diesem Teil des Aktes gemachte Anzeige wäre.

7. Wenn eine Person versäumt, in der festgesetzten Zeit Anzeige zu erstatten, so hat sie sich eines Vergehens gegen diesen Teil des Aktes schuldig gemacht, und wenn das Entgelt für Kost und Pflege des betreffenden Kindes ganz oder teilweise in einer Pauschalsumme bestand, so soll die Person außer der Strafe, die sie für die Verfehlung gegen den Akt trifft, die ganze oder einen Teil der Pauschalsumme verwirkt haben, wie es der Gerichtshof entscheidet, und die verwirkte Summe soll für das Wohl des Kindes, nach Gutdünken des Gerichtshofes, angewendet werden. Eine solche Summe wird von Gerichts wegen eingetrieben werden, wie wenn es sich um eingeklagte Beträge handelte.

§ 2.

1. Jede lokale Behörde ist verpflichtet, für die Ausführungen der eben erwähnten Bestimmungen in ihrem Distrikte Sorge zu tragen, und zu diesem Zwecke soll sie von Zeit zu Zeit Umfrage halten, ob irgend welche Personen in ihrem Distrikte wohnen, welche ein Kind in Pflege und Kost haben, welches sie anzuzeigen verpflichtet sind.

2. Wenn in dem Distrikte einer Lokalbehörde irgend welche Personen gefunden werden, die Kinder in Kost und Pflege haben, zu deren Anzeige sie verpflichtet sind, so soll die lokale Behörde eine oder mehrere Personen beiderlei Geschlechtes als infant protection visitors anstellen, deren Aufgabe es sein soll, von Zeit zu Zeit diese Kinder zu besuchen und die Unterkunft zu besichtigen, die sie gefunden haben, um sich von der richtigen Kost und Pflege zu überzeugen oder um irgend welche notwendige Ratschläge und Anweisungen in bezug auf Pflege und Unterhalt der Kinder zu geben.

Die lokale Behörde kann auch entweder anstatt der infant protection visitors oder außer diesen noch schriftlich eine oder mehrere geeignete Personen beiderlei Geschlechtes zu den Befugnissen der infant protection visitors autorisieren, gemäß den Bedingungen dieser Vollmacht; und wenn von einer philanthropischen Gesellschaft Kinder im Distrikte der Lokalbehörde in Pflege gegeben sind, so kann die Lokalbehörde, wenn sie davon überzeugt ist, daß die Interessen der Kinder genügend gewahrt sind, die Gesellschaft bevollmächtigen, jene Befugnisse in bezug auf die Kinder auszuüben, jedoch unter der Bedingung, der lokalen Behörde gelegentliche Berichte einzureichen.

3. Eine lokale Behörde ist auch befugt, sich mit einer andern lokalen Behörde zum Zwecke der Ausführung der Bestimmungen dieses Teiles des Aktes und um die daraus entstehenden Kosten zu bestreiten, zu vereinigen.

4. Eine lokale Behörde kann entweder bedingungslos oder unter ihr angemessen erscheinenden Bedingungen Pflegestellen in ihrem Distrikte von dieser Inspektion befreien, wenn diese Pflegestellen nach ihrem Dafürhalten so geführt sind, daß eine Inspektion überflüssig erscheint.

5. Wenn eine Person, welche ein Kind in Kost und Pflege hat, einem dieser Inspektoren oder einer derartigen Person die Inspektion der Kinder oder der Räumlichkeiten, in denen die Kinder gehalten werden, verweigert, so wird sie sich eines Vergehens gegen diesen Teil des Aktes schuldig machen.

6. Wenn einem solchen Inspektor oder einer andern derartigen Person der Zutritt zu solchen Räumen im Widerspruche mit diesem Teile des Aktes verweigert wird, oder wenn er Gründe hat zu glauben, daß Kinder unter 7 Jahren in einem Hause oder Räumlichkeiten im Widerspruche mit diesem Teile des Aktes gehalten werden, so kann er sich an einen Richter wenden. Nachdem dieser sich durch schriftliche eidesstattliche Versicherung überzeugt hat, daß ein triftiger Grund vorhanden ist zu glauben, daß ein Vergehen gegen diesen Teil des Aktes vorliegt, so kann er dem Inspektor oder einer andern Person Vollmacht geben, die Räumlichkeiten zum Zwecke der Feststellung, ob ein Vergehen gegen diesen Teil des Aktes vorliegt, zu besichtigen, und wenn der Inhaber der Räume oder irgend eine andere Person den Inspektor oder sonst jemand, der auf Grund einer solchen Vollmacht handelt, daran hindert, so hat er sich eines Vergehens gegen diesen Teil des Aktes schuldig gemacht.

§ 3.

Ein Kind, für welches nach den Bestimmungen dieses Aktes Anzeige zu erstatten ist, soll nicht ohne schriftliche Erlaubnis der lokalen Behörde gehalten werden

a) von einer Person, aus deren Pflege ein Kind bereits unter diesem Teile des Aktes oder unter the Infant Life Protection Act 1897, entfernt worden ist, oder

b) in Räumlichkeiten, aus welchen ein Kind bereits unter diesem Teile des Aktes entfernt worden ist, weil dieselben gefährlich oder ungesund waren, oder wenn ein Kind entfernt worden ist unter the Infant Life Protection Act, 1897, weil die Räumlichkeiten so ungeeignet waren, daß sie gesundheitsschädlich erscheinen;

c) von einer Person, welche bereits eines Vergehens gegen diesen Teil des Aktes oder gegen die Prevention of Cruelty to Children Act, 1904, überführt worden ist, und eine Person, welche ein Kind gegen diese Bestimmungen hält, hat sich eines Vergehens gegen diesen Teil des Aktes schuldig gemacht.

§ 4.

Die lokale Behörde hat die Pflicht, die Anzahl dieser anzuzeigenden Kinder unter 7 Jahren, welche in einer Pflegestelle gehalten werden, zu bestimmen, und jede Person, welche ein Kind über die so bestimmte Anzahl hinaus hält, hat sich eines Vergehens gegen diesen Teil des Aktes schuldig gemacht.

§ 5.

1. Wenn ein Kind, für das Anzeige zu erstatten ist, gehalten wird

a) in Räumlichkeiten, welche überfüllt, gefährlich oder ungesund sind, oder

b) von einer Person, welche wegen Nachlässigkeit, Unkenntnis, Trunkenheit, Unsittlichkeit, verbrecherischen Lebenswandels oder aus irgend einer ähnlichen Ursache ungeeignet ist, es in Pflege und Kost zu haben, oder

c) von einer Person in einer Wohnung, die im Gegensatze zu einer der Bestimmungen dieses Teiles des Aktes steht,

so kann sich jeder Inspektor oder jede sonstige oder zur Ausführung der Bestimmungen dieses Teiles des Aktes autorisierte Person an einen Richter oder an die lokale Behörde wenden und um eine Order bitten, die ihn anweist, das Kind an einen sicheren Platz zu bringen, bis es seinen Verwandten wieder zurückgegeben werden kann, oder bis anderweitig rechtmäßig Bestimmungen über das Kind getroffen werden können.

2. Jede Person, welche sich weigert, einer solchen Order sich zu fügen, wenn sie vorgewiesen und verlesen wird, oder sich dem Inspektor oder einer andern derartigen Person, welcher diese Ausführung übertragen worden ist, widersetzt, wird sich eines Vergehens gegen diesen Teil des Aktes schuldig machen, und

a) wenn die Order von einem Richter gegeben ist, so kann die Folgeleistung erzwungen werden durch den Inspektor oder durch einen Polizisten, und

b) wenn die Order von der lokalen Behörde gegeben ist, so kann der Inspektor oder eine andere autorisierte Person sich an einen Richter wenden und um Order bitten, welche die Entfernung des Kindes anordnet, welche Order mit Gewalt von dem Inspektor oder einem Polizisten durchgesetzt werden kann.

§ 6.

1. Falls ein anzuzeigendes Kind stirbt, soll die Person, welche das Kind in Pflege gehabt hatte, binnen 24 Stunden nach dem Tode Anzeige davon an den Coroner des Distrikts, in dem die Leiche liegt, erstatten, und der Coroner soll eine Nachforschung darüber halten, wenn nicht ein ärztliches Zeugnis ihm vorgewiesen wird, das bekundet, daß der Arzt das Kind persönlich während dessen letzter Krankheit behandelt hat, und das die Todesursache spezifiziert, so daß der Coroner überzeugt ist, daß kein Grund vorliegt, eine Nachforschung zu halten.

2. Wenn eine Person, welche verpflichtet ist, eine derartige Anzeige zu erstatten, dies in der dafür bestimmten Zeit nicht tut, so hat sie sich eines Vergehens gegen diesen Teil des Aktes schuldig gemacht.

§ 7.

Eine Person, die ein solches Kind gegen Entgelt in Kost und Pflege hat, darf kein Interesse am Leben des Kindes haben in bezug auf die Zwecke der Life Assurance Act, 1774, und wenn eine derartige Person direkt oder indirekt das Leben des Kindes versichert oder zu versichern sucht, so hat sie sich eines Vergehens gegen diesen Teil des Aktes schuldig gemacht, und wenn eine Versicherungsgesellschaft im Sinne der Life Assurance Companies Acts, 1870—1872, oder irgend eine andere Gesellschaft oder Person wissentlich eine Police auf das Leben eines solchen Kindes aufnimmt oder verschafft oder versucht, das Aufnehmen einer solchen Police zu beschaffen, zum Nutzen einer oben erwähnten Person oder zum eigenen Vorteile, so hat sich die Gesellschaft oder Person eines Vergehens gegen diesen Teil des Aktes schuldig gemacht.

§ 8.

1. Wenn eine Person, die eine der in diesem Akte verlangten Anzeigen erstatten soll, mit Wissen und Willen eine falsche oder irreführende Angabe in einer solchen Anzeige macht oder es versucht oder beihilft, daß eine andere Person eine solche macht, so hat sie sich eines Vergehens gegen diesen Teil des Aktes schuldig gemacht.

2. Jede in diesem Akte verlangte Anzeige kann im eingeschriebenen Briefe an die Adresse des Schreibers der lokalen Behörde oder an irgend eine andere Person gesandt werden, welche die lokale Behörde bestimmen kann, oder im Falle einer Anzeige für den Coroner kann sie an den Coroner adressiert werden, oder sie kann abgegeben werden im Bureau der lokalen Behörde oder im Falle einer Anzeige für den Coroner in dessen Bureau oder Wohnung.

§ 9.

1. Jede Person, welche sich eines Vergehens gegen diesen Teil des Aktes schuldig gemacht hat, wird, nachdem sie summarisch überführt ist, zu einer Geldstrafe nicht über 25 Pfund oder zu Gefängnisstrafe bis zu 6 Monaten verurteilbar sein, und der Gerichtshof kann die Order erteilen, daß das Kind, in bezug auf welches das Vergehen begangen worden ist, nach einem sicheren Platze überführt wird.

2. Die unter diesen Teil des Aktes fallenden Strafgelder sollen, ungeachtet irgend einer Verfügung in einem andern Akte, an die lokale Behörde bezahlt und für die Zwecke verwendet werden, für die der Fund, aus dem die Ausgaben der lokalen Behörden bestritten werden, anzuwenden ist.

§ 10.

1. Die lokale Behörde für die Zwecke dieses Teiles des Aktes ist

a) in bezug auf die County of London (außer der City) die county Council,

b) für die City of London der common council,

c) sonst die guardians der poor law union.

2. Alle Unkosten, die durch oder wegen der lokalen Behörde in bezug auf die Ausführung dieses Teiles des Aktes entstehen, sollen entrichtet werden:

a) in Fällen, die the county of London betreffen, aus dem county fund als allgemeine county expenses,

b) in Fällen, die die City of London betreffen, aus der allgemeinen rate,

c) in Fällen, die eine Pflegestelle der guardians betreffen, aus dem common fund.

§ 11.

1. Die Bestimmungen dieses Teiles des Aktes finden keine Anwendung auf Verwandte oder auf gesetzliche Vormünder eines Kindes, welche das Kind in Kost und Pflege haben, ebensowenig auf eine Person, welche ein Kind in Kost und Pflege unter den Bestimmungen irgend eines Aktes der Armenfürsorge oder einer Order, welche unter einem solchen Akte gemacht ist, nimmt, ebensowenig auch Hospitäler, Rekonvaleszentenheime, ebensowenig Anstalten, welche für Kinderschutz und -Pflege gegründet worden sind und religiösen und charitativen Zwecken dienen, wie Kostschulen (boarding schools), an denen wirksamer Elementarunterricht erteilt wird.

5. Für die Bestimmungen dieses Absatzes bedeutet der Ausdruck „Verwandte" Großeltern, Brüder, Schwestern, Onkel und Tanten, Blutsverwandte und angeheiratete, und wenn es sich um ein illegitimes Kind handelt, die Personen, welche es mit ihm verwandt wären, wenn das Kind legitim wäre.

Aus den

Dänischen Gesetze,

betreffend die Aufsicht der Pflegekinder, bestätigt von S. M. König Christian IX. vom 1. März 1895.

§ 1.

Alle Pflegekinder werden einer *öffentlichen* Aufsicht bis zum vollendeten 14. Lebensjahre unterstellt.

In Gemeinden mit *über* 3000 Einwohnern kann die Aufsicht, wenn die Gemeinde es wünscht, der Gesundheitskommission unterstellt werden, sofern die bestehenden Gesundheitsmaßnahmen nach Gutachten des Justizministers ebenso genügende Bestimmungen über die Aufsicht der Pflegekinder enthalten wie dieses Gesetz.

In allen anderen Gemeinden soll die Aufsicht nach folgenden Vorschriften geführt werden.

§ 2.

Niemand darf ein Kind vorgenannten Alters gegen Entgelt als Pflegekind aufnehmen oder bei sich haben, wenn er nicht für jedes einzelne Kind die Erlaubnis des Gemeinderates erhalten hat, die zu jeder Zeit zurückgezogen werden kann. Bevor diese Erlaubnis erteilt wird, muß ein Gutachten von der Aufsicht eingeholt werden.

An Personen, die Unterstützungen des öffentlichen Armenwesens genießen, darf die Erlaubnis, Pflegekinder aufzunehmen, nicht erteilt werden.

§ 7.

Überall, sowohl wo die Aufsicht über die Pflegekinder nach den vorstehenden Bestimmungen gehandhabt wird, als auch wo sie Sache der Gesundheitskommission ist, kann die Behörde, falls sie hinreichend Veranlassung dazu hat, verlangen, daß die Aufsicht auf die Kinder ausgedehnt wird, die von ihren Pflegeeltern als eigene angenommen worden sind, ebenso wie auf Adoptivkinder, sofern die Adoption gegen Vergütung geschehen ist.

Aus dem

Norwegischen Gesetze,

betreffend die Aufsicht über Pflegekinder usw. vom 29. April 1905.

§ 1. Unter einem Pflegekinde versteht man in diesem Gesetze jedes gegen Entgelt ausgesetzte Kind, welches das 14. Jahr noch nicht erreicht hat.

Jedes Pflegekind steht, mit Ausnahme der in § 9 erwähnten, unter Aufsicht der Gesundheitskommission in dem Orte, wo es untergebracht ist.

Die Gesundheitskommission kann in einzelnen Fällen, wo sie finden sollte, daß besondere Umstände dazu erfordern, entscheiden, daß die nachfolgenden Bestimmungen betreffend die Aufsicht auch einem Kinde gegenüber zur Geltung kommen sollen, das ohne Entgelt ausgesetzt ist.

§ 2. Durch allgemeine Vorschrift, welche in derselben Weise zustande gebracht wird, wie im Gesetze über Gesundheitskommissionen usw. vom 16. Mai 1860, § 4, vergl. § 11, vorgeschrieben ist, kann beschlossen werden, daß niemand innerhalb der betreffenden Stadt oder des Bezirkes Pflegekinder annehmen darf, ohne daß er oder sie vorher Erlaubnis dazu erhalten hat.

Wird eine solche Bestimmung getroffen, so wird die Erlaubnis vorkommendenfalls von der Gesundheitskommission zu erteilen sein. Die Erlaubnis kann dann solchen Personen erteilt werden, die als ehrenhaft und zuverlässig bekannt sind und von welchen es nach angestellter Untersuchung angenommen werden kann, daß sie eine ordentliche und zuverlässige Pflege bieten werden. Die Erlaubnis soll schriftlich erteilt werden und soll jederzeit zurückgenommen werden können, ebenso wie die Gesundheitskommission auch das Recht hat, die näheren Vorschriften betreffend die Benutzung der Erlaubnis auszufertigen, welche für notwendig erachtet werden.

Ein Kinderheim, welches darauf berechnet ist, mehr als zwei Kinder zur gleichzeitigen Verpflegung aufzunehmen, darf nicht eröffnet oder in Gebrauch genommen werden, bevor es der Gesundheitskommission gemeldet und von derselben anerkannt worden ist. Ein solches Heim steht unter der Aufsicht der Gesundheitskommission, die zu jeder Zeit die Anerkennung zurückziehen kann.

Aus dem

Schwedischen Gesetze,

betreffend Aufsicht und Schutz der Pflegekinder.

§ 1.

Dieses Gesetz bezieht sich auf Kinder, die gegen Entgelt bei anderen Personen als ihren Eltern, Stiefeltern, Großeltern väterlicher- oder mütterlicherseits oder ihren gesetzlichen Vormündern in Kost und Pflege sind und die das 7. Jahr noch nicht vollendet haben.

§ 2.

Die Gesundheitskommission oder, wo diese nicht vertreten ist, die Kommunalkommission soll, jede innerhalb ihres Wirkungskreises, sich besonders der Pflegekinder annehmen zum Schutz für deren Leben und Gesundheit, und es liegt der Kommission ob, zu diesem Zweck einerseits dafür zu sorgen, daß die Pflege der Kinder nicht solchen Personen übertragen wird, die selbst oder deren Häuslichkeiten dazu ungeeignet erscheinen, anderseits soll sie die Behandlung der Kinder überwachen.

Bezüglich der Art und Weise, in der die Pflegekinderfürsorge seitens der Kommission und die Aufsicht hierüber seitens der vorgesetzten Behörde zu geschehen hat, sollen neben allen Bestimmungen dieses Gesetzes die Gesundheitsverordnungen für das Reich und die Verfügung über die Kommunalverwaltung auf dem Lande in den zuständigen Abteilungen als Richtschnur dienen.

Königlich-Württembergisches
Staatsministerium.

Stuttgart, den 22. April 1907.

Entwurf eines Gesetzes,

betreffend

die Ergänzung des Polizeistrafrechtes.

Wilhelm II.
von Gottes Gnaden
König von Württemberg.

Nach Anhörung Unseres Staatsministeriums und unter Zustimmung Unserer getreuen Stände verordnen und verfügen Wir, wie folgt:

Art. I.

In dem zweiten Abschnitte des Landespolizeistrafgesetzes vom 27. Dezember 1871, 4. Juli 1898 (Reg.-Bl. S. 391) (Reg.-Bl. S. 149) wird hinter Art. 29a die nachstehende Bestimmung eingeschaltet:

Art. 29b.

Mit Geldstrafe bis zu sechzig Mark oder mit Haft bis zu vierzehn Tagen wird bestraft, wer ein fremdes Kind unter sechs Jahren ohne Erlaubnis der Ortspolizeibehörde gegen Entgelt in Kost und Pflege nimmt oder ein solches Kind, nachdem die Erlaubnis zurückgezogen ist, in Kost und Pflege behält, desgleichen wer den zur Überwachung der Verpflegung solcher Kinder erlassenen polizeilichen Anordnungen zuwiderhandelt.

Diese Bestimmung findet keine Anwendung bei Kindern, welche in der Fürsorge einer öffentlichen Armenbehörde stehen.

Art. II.

In Art. 19, Ziffer 2, des Gesetzes vom 12. August 1879 betreffend Änderungen des Landespolizeistrafgesetzes vom 27. Dezember 1871 und das Verfahren bei Erlassung polizeilicher Strafverfügungen (Reg.-Bl. S. 153) wird nach „Art. 29a“ eingeschaltet:

„29b.“

Art. III.

Das gegenwärtige Gesetz tritt mit dem . . . . in Kraft.

Binnen drei Monaten von diesem Zeitpunkt an haben diejenigen, welche beim Inkrafttreten des Gesetzes fremde Kinder unter sechs Jahren gegen Entgelt in Kost und Pflege halten, die hiezu fortan erforderliche Erlaubnis (Art. I) zu erwirken, widrigenfalls dieselbe als verweigert gilt.

Unser Ministerium des Innern ist mit der Vollziehung dieses Gesetzes beauftragt.

Gegeben . . . . . .

Begründung.

I. Allgemeines.

In der Erwägung, daß diejenigen Millionen ehelichen und unehelichen Kinder, welche nicht von ihren natürlichen Pflegern, den Eltern oder der Mutter, aufgezogen werden, sondern bei fremden Personen gegen Entgelt untergebracht werden, erfahrungsgemäß nicht selten in ihrem körperlichen, geistigen oder sittlichen Wohl gefährdet sind, haben verschiedene deutsche Bundesstaaten sich veranlaßt gefunden, das Zieh-

kinderwesen (Kost-, Halte-, Pflegekinderwesen) einer polizeilichen Beaufsichtigung zu unterstellen.

Das Reich selbst entbehrt einer gesetzlichen Bestimmung über das Ziehkinderwesen; nur § 6 der Gewerbeordnung nimmt „die Erziehung von Kindern gegen Entgelt" von den Bestimmungen dieses Gesetzes aus und überläßt damit die Regelung des Gegenstandes der Landesgesetzgebung. Die gedachte Erwerbsart wurde dem § 6 der Gewerbeordnung durch die Novelle vom 23. Juli 1879 infolge eines Antrages des Reichstagsabgeordneten von Kleist-Retzow eingefügt, nachdem schon bei der dritten Beratung des Entwurfes der Gewerbeordnung im Reichstag des Norddeutschen Bundes ein Antrag von Lack abgelehnt worden war, wonach „der Regelung durch die Ortspolizeibehörde die Bestimmung darüber überlassen bleiben" soll, „inwieweit Personen, welche aus der Verpflegung von Säuglingen und Kindern unter 5 Jahren außerhalb des elterlichen Hauses ein Gewerbe machen, einer polizeilichen Konzession bedürfen."

(Stenogr. Berichte über die Verhandlungen des Deutschen Reichstages, 4. Legisl.-Per., II. Session 1879, 3. Band, S. 2126; Stenogr. Berichte über die Verhandlungen des Reichstages des Norddeutschen Bundes, 1. Legisl.-Per., Session 1869, 2. Band, S. 1054.)

Bei der Beratung der Novelle vom 23. Juli 1879 im Reichstag wurde allgemein anerkannt, daß die Aufnahme von Ziehkindern kein freies Gewerbe sein dürfe. Im übrigen wurden sogar Zweifel darüber laut, ob überhaupt jemals diese Tätigkeit unter die Gewerbeordnung gefallen sei, da sie bei näherer Prüfung gar nicht als „Gewerbe" betrachtet werden könne.

In Preußen ist gemäß Ministerialerlaß vom 20. März 1896

(Regers Entscheidungen der Gerichte und Verwaltungsbehörden Band 16, S. 347; Dr. Grabowsky, Das Recht der Haltekinder in Preußen, in Nr. 13 des Preußischen Verwaltungsblattes vom Jahre 1906; Pütter, Das Ziehkinderwesen, im 39. Heft der „Schriften des Deutschen Vereines für Armenpflege und Wohltätigkeit", woselbst die in den deutschen Bundesstaaten erlassenen Gesetze und Verordnungen übersichtlich zusammengestellt sind)

die polizeiliche Überwachung des Ziehkinderwesens in fast allen Landesteilen durch Polizeiverordnungen geregelt, welche die entgeltliche Annahme von Kindern unter 6 Jahren von polizeilicher Erlaubnis abhängig machen. Diese Erlaubnis soll nur auf Widerruf und nur solchen Personen weiblichen Geschlechtes erteilt werden, welche nach ihren persönlichen Verhältnissen und nach der Beschaffenheit ihrer Wohnungen geeignet erscheinen, eine solche Pflege zu übernehmen. Den Beamten der Polizei oder den von dieser beauftragten Personen ist von den Kostgeberinnen der Zutritt zu ihren Wohnungen zu gestatten, auf alle die Pflegekinder betreffenden Fragen Auskunft zu erteilen, auch sind die Kinder auf Erfordern vorzuzeigen. Die einzelnen in Pflege zu nehmenden Kinder sind bei der Polizeibehörde anzumelden und nach Beendigung des Pflegeverhältnisses wieder abzumelden. Von einem etwaigen Wohnungswechsel hat die Kostgeberin der Polizeibehörde Anzeige zu erstatten. Die Polizeiverordnungen finden keine Anwendung bei solchen Kindern, die im Wege der öffentlichen Armenpflege untergebracht sind.

In Bayern ist durch Art. 41 des Polizeistrafgesetzbuches mit Geldstrafe bis zu 45 Mark bedroht,

„wer fremde Kinder unter 8 Jahren ohne Bewilligung der Polizeibehörde gegen Bezahlung in Pflege oder Erziehung nimmt oder nach entzogener Bewilligung behält."

Aus der unter Bezugnahme auf diese Strafbestimmung erlassenen Bekanntmachung des K. Bayrischen Staatsministeriums des Innern vom 6. Februar 1906, betreffend die Beaufsichtigung der Kostkinder (Minist.-Amtsbl. S. 56) ist Nachstehendes hervorzuheben. Die polizeiliche Bewilligung wird von den Distriktspolizeibehörden erteilt, nachdem festgestellt ist, daß der Kostgeber nach seinen persönlichen Verhältnissen und nach der Beschaffenheit seiner Wohnung für eine ordentliche Verpflegung, Beauf-

sichtigung und Erziehung des Kostkindes Gewähr bietet. Die Erlaubnis ist eine widerrufliche und wird zurückgenommen, wenn sich nachträglich Bedenken ergeben. Der Kostgeber ist verpflichtet, den Organen der Polizei usw. jederzeit den Zutritt zu seiner Wohnung und zu dem Kostkind zu gestatten, ferner jeden Wohnungswechsel, das Ableben des Kostkindes oder die sonstige Beendigung sowie jede zeitweilige Unterbrechung des Pflegeverhältnisses der Gemeindebehörde anzuzeigen. Die Ortspolizeibehörden haben im Benehmen mit den Gemeindewaisenräten die in ihren Bezirken befindlichen Kostkinder zu beaufsichtigen und darauf hinzuwirken, daß sich einschlägige Vereine (Frauenvereine) freiwillig an der Aufsicht beteiligen. Sie haben ferner über die in ihren Bezirken befindlichen Kostkinder Listen zu führen. Die Amtsärzte haben bei sich bietender Gelegenheit, möglichst mindestens einmal, die Kostkinder bei den Kostgebern zu besuchen.

Während im Königreich Sachsen keine gesetzlichen Bestimmungen zur Regelung des Ziehkinderwesens getroffen worden sind, bestimmt der durch Novelle vom 14. April 1892 (Gesetz- und Verordnungsbl. S. 72) eingefügte § 38a des Badischen Polizeistrafgesetzbuches, daß „durch Verordnung, bezirks- oder ortspolizeiliche Vorschriften eine Überwachung der entgeltlichen Verpflegung von Kindern" angeordnet werden kann. Insbesondere darf angeordnet werden,

> „daß, wer solche Kinder gegen Entgelt zur Verpflegung übernimmt, hiervon der Ortspolizeibehörde Anzeige erstatten oder zu der Übernahme die Genehmigung der Ortspolizeibehörde erwirken muß. Der Bezirksrat kann Personen, welche ihnen angehörige oder anvertraute Kinder in bezug auf Aufsicht, Schutz, Verpflegung oder ärztlichen Beistand verwahrlosen, die entgeltliche Verpflegung von Kindern unter 7 Jahren untersagen. Wer diesen Verboten oder Anordnungen zuwiderhandelt, wird an Geld bis zu 30 Mark oder mit Haft bis zu 8 Tagen bestraft."

Eine Verordnung auf Grund dieser gesetzlichen Ermächtigung ist bis jetzt nicht ergangen. Dagegen sind in mehreren Amtsbezirken des Landes bezirks- oder ortspolizeiliche Vorschriften bezüglich der Kontrolle des Ziehkinderwesens erlassen worden.

Eine spezialgesetzliche Regelung hat dieser Gegenstand im Großherzogtum Hessen gefunden. Aus dem Gesetz vom 10. September 1878 betreffend den Schutz der in fremde Verpflegung gegebenen Kinder unter 6 Jahren (Großh. Hess. Reg.-Bl. Nr. 29), ist hier hervorzuheben: Wenn ein Kind, außer im Wege der öffentlichen Armenpflege, vor vollendetem 6. Lebensjahre bei Lebzeiten entweder der beiden Eltern oder eines Elternteiles oder — falls das Kind unehelich geboren — seiner Mutter außerhalb der elterlichen Wohnung gegen Entgelt in Verpflegung gegeben werden soll, so bedarf es hierzu der vorgängigen Genehmigung der Ortspolizeibehörde desjenigen Elternteiles, welcher das Kind in Pflege geben will (Art. 1). Diejenigen Personen, welche ein fremdes Kind unter 6 Jahren gegen Entgelt in Pflege genommen haben, sind verpflichtet, der Ortspolizeibehörde sowie den von dieser beauftragten oder durch amtliche Instruktion hierzu berufenen Personen jederzeit Einblick in die Art der Verpflegung und den Zustand des Pflegekindes zu gewähren und jede geforderte Auskunft zu erteilen (Art. 4). Eine eingehende Instruktion zur Ausführung dieses Gesetzes ist durch das Großh. Ministerium des Innern und der Justiz am 18. Mai 1880 (Großh. Hess. Reg.-Bl. Nr. 17) erlassen worden. Die Vorschrift des Gesetzes, wonach die Eltern beziehungsweise die Mutter zur Weggabe des Kindes in fremde Pflege (und nicht die Pflegeeltern zur Annahme desselben) polizeiliche Genehmigung einholen müssen, erklärt sich durch die Rechtsauffassung der gesetzgebenden Faktoren, daß eine Konzessionspflicht der Pflegeeltern nur nach vorheriger Änderung der Gewerbeordnung in ihrer damaligen Fassung eingeführt werden dürfe.

Weiter haben eine Reihe kleinerer Staaten (namentlich Sachsen-Weimar, Lübeck, Hamburg) sei es durch Gesetz, sei es durch Verordnung die Annahme von Ziehkindern von obrigkeitlicher Erlaubnis abhängig gemacht.

In einigen größeren deutschen Städten, voran Leipzig (Dr. med. Taube, Der Schutz der unehelichen Kinder in Leipzig. Leipzig 1893; derselbe, Das Haltekinder-

wesen in Nr. 17 der „Schriften der Zentralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen“[1]), ferner Berlin („Das Haltekinderwesen in Berlin und seine Beaufsichtigung durch die Polizei“, herausgegeben vom Berliner Polizeipräsidium 1906), Danzig, Halle usw. ist zur wirksameren Beaufsichtigung der Ziehkinder eine zweckmäßige Organisation der öffentlichen Ziehkinderfürsorge nach dem Grundsatz einer dauernden sachverständigen Beaufsichtigung der Ziehkinder unter Heranziehung von besoldeten, ausgebildeten Hilfskräften und unter Oberaufsicht des Ziehkinderarztes geschaffen worden.

In Württemberg sind gesetzliche Vorschriften in bezug auf die Regelung und Beaufsichtigung des Ziehkinderwesens zurzeit nicht vorhanden. Die geltenden Bestimmungen zum Schutz der in fremde Pflege gegebenen kleinen Kinder beschränken sich

1. auf die Verfügung des Ministeriums des Innern vom 20. Juli 1839 betreffend die Unterbringung und Verpflegung armer Kinder (Reg.-Bl. S. 448). Diese Verfügung betrifft, wie schon die Überschrift zeigt, nicht die Ziehkinder im engeren Sinn, also nicht diejenigen Kinder, welche auf Kosten ihrer Angehörigen anderen Personen in Pflege gegeben werden, sondern nur die der öffentlichen Fürsorge anheimfallenden armen Kinder. Im einzelnen ist bestimmt, daß in Spitälern, Armenhäusern und anderen zunächst nur für Erwachsene bestimmten Armenanstalten elternlose oder getrennt von ihren Eltern zu unterstützende Kinder nur dann untergebracht werden dürfen, wenn in der Anstalt die zur Sicherung einer guten Erziehung erforderlichen Einrichtungen getroffen sind und insbesondere für die Gesundheit und Sittlichkeit der Kinder keine Gefahr zu befürchten ist. Wenn Gemeinden die ihrer Fürsorge heimgefallenen Kinder in Privathäusern unterbringen wollen, dann ist darauf Bedacht zu nehmen, daß die Kinder vorzugsweise bei Personen untergebracht werden, welche als rechtschaffen bekannt sind und zu denen man überhaupt das Vertrauen haben kann, daß die Kinder bei ihnen in bezug auf ihr geistiges und leibliches Wohl gut beraten seien. Die bezüglichen Kostakkorde sind schriftlich abzuschließen; sie unterliegen der Genehmigung der Ortsarmenbehörde. Die letztere muß für jedes Kind, bezüglich dessen die öffentliche Fürsorge der Gemeinde in Anspruch genommen ist, aus der Zahl der Armenfreunde des Ortes einen Aufseher bestellen. Dieser hat darüber zu wachen, daß bei dem Kinde weder in leiblicher noch in geistiger Hinsicht etwas versäumt werde, und von Zeit zu Zeit über das Betragen und Befinden des Kindes der Behörde zu berichten. Auch wird er nach Vollendung der Schuljahre die Unterbringung und Ausbildung des Kindes sich angelegen sein lassen.

2. Der Erlaß des K. Medizinalkollegiums an die K. Oberämter und Oberamtsphysikate vom 14. August 1875 (Amtsbl. des Minist. d. Innern, S. 180) macht den Oberamtsphysikaten zur Pflicht, die Möglichkeit der Einwirkung des Inkostgebens kleiner Kinder bei fremden Personen auf die Kindersterblichkeit im Auge zu behalten und die im Bezirke praktizierenden Ärzte und Hebammen anzuweisen, Mißstände, welche sie in Erfahrung bringen, zur Kenntnis der Polizeibehörden und Oberamtsärzte zu bringen, welch erstere soviel wie möglich auf Beseitigung hinzuwirken hätten. Falls irgendwo Mißstände in größerem Umfange wahrgenommen würden, wäre dem Medizinalkollegium Anzeige zu erstatten; jedenfalls aber sind etwaige einschlägige Beobachtungen gelegentlich des Jahresberichtes zur Kenntnis des Medizinalkollegiums zu bringen.

3. Nachdem durch die „Instruktion für die ärztlichen Visitationen der Gemeinden in Absicht auf Gesundheitspflege“ (Erlaß des Ministeriums des Innern vom 20. Oktober 1875, Amtsbl. S. 317) den Oberamtsärzten allgemein aufgegeben worden war, bei Vornahme dieser Visitationen Nachfrage nach etwaiger Vernachlässigung sogenannter Kost- und Haltekinder anzustellen, ist durch Erlaß des Ministeriums des Innern vom 11. Juni 1890, betreffend den Schutz der in fremde Pflege gegebenen Kinder unter 6 Jahren (Amtsbl. 272), noch im einzelnen folgendes angeordnet worden:

a) Unmittelbar vor Vornahme der ärztlichen Visitationen der Gemeinden haben die Oberämter von den Ortsvorstehern ein Verzeichnis der in der Gemeinde befindlichen Kostkinder unter 6 Jahren einzuverlangen, welches durch den Ortsvorsteher nach Rücksprache mit dem Ortsgeistlichen anzufertigen und durch das Oberamt bei Beginn der Visitation dem Oberamtsarzt zu übergeben ist.

b) Der Oberamtsarzt hat sich diese Kostkinder bei der örtlichen Visitation vorstellen zu lassen, sich von deren Gesundheitszustand und Verpflegung, unter Umständen durch Einsichtnahme der Kosthäuser Kenntnis zu verschaffen und Vernachlässigungen in dieser Beziehung genau zu ermitteln.

c) Der Oberamtsarzt hat außerdem zu erheben, ob seit der letzten ärztlichen Gemeindevisitation in der Gemeinde Kostkinder gestorben sind, von wem diese Kinder in Kost und Verpflegung übernommen waren und welches die Ursache ihres Todes war.

d) Das Ergebnis dieser Erhebungen ist stets in das Protokoll aufzunehmen.

4. Endlich sind gemäß § 5 der K. Verordnung vom 25. Mai 1901, betreffend das polizeiliche Meldewesen (Reg.-Bl. S. 115), diejenigen, welche Kostkinder bei sich aufnehmen, verpflichtet, den Ein- und Auszug der letzteren innerhalb 6 Tagen der Ortspolizeibehörde anzuzeigen. Die Ortspolizeibehörden sind nach § 6 dieser Verordnung verpflichtet, die ihnen zukommenden Anzeigen zu sammeln oder Verzeichnisse darüber zu führen.

Daß die in Württemberg zur Zeit bestehenden Vorschriften, wie sie eben aufgeführt worden sind, nicht ausreichen, um eine wirksame polizeiliche Überwachung der Ziehkinder zu gewährleisten, läßt sich nicht verkennen. Die Verfügung des Ministeriums des Innern vom 20. Juli 1889 erstreckt sich auf die eigentlichen Ziehkinder überhaupt nicht. Der Erlaß des Medizinalkollegiums vom 14. August 1873 kann bei seiner allgemeinen Fassung die Grundlage für ein erfolgreiches Einschreiten der Polizeibehörde nicht bieten und die durch Erlaß des Ministeriums des Innern vom 11. Juni 1889 angeordnete Besichtigung der Ziehkinder und eventuell der Pflegestellen anläßlich der oberamtsärztlichen Gemeindevisitationen muß insofern als eine wenig wirksame Maßnahme zum Schutze der Ziehkinder bezeichnet werden, als diese Visitationen keine unvermuteten sind und in der Regel nur alle 6 Jahre wiederkehren. Wenn nun auch zur Zeit genaue statistische Zahlen über das Maß und die Art der Verbreitung der Ziehkinder im engeren Sinn in Württemberg nicht zu Gebote stehen, so geben doch in dieser Hinsicht die Ergebnisse der Volkszählung, soweit die letztere in den Jahren 1900 und 1905 sich auf die in den einzelnen Haushalten von zwei und mehr Personen vorhandenen „Kost- und Pflegekinder" erstreckte, wenigstens einige Anhaltspunkte. Gezählt wurden an Kost- und Pflegekindern:

	am 1. Dezember 1900	am 1. Dezember 1905
im Neckarkreis	4438	5002
„ Schwarzwaldkreis	3143	3254
„ Jagstkreis	3794	3931
„ Donaukreis	3114	3413
zusammen	14489	15600

Nach dem Geschlechte verteilte sich die Gesamtzahl der Kost- und Pflegekinder

am 1. Dezember 1900 in 7012 Knaben, 7477 Mädchen,
„ 1. „ 1905 „ 7746 „ 7854 „ .

In den einzelnen Kategorien von Haushalten befanden sich Kost- und Pflegekinder:

in Haushalten mit im ganzen:	am 1. Dezember 1900	am 1. Dezember 1905
2 Personen	442	451
3 „	2538	2659
4 „	3138	3219
5 „	2819	3061
6 „	2143	2396
7 und 8 „	2282	2579
9 „ 10 „	629	818
11 u. mehr „	473	389

Auf die Gemeinden des Landes mit 5000 und mehr Einwohnern entfielen

im Jahre 1900: 3228 Kost- und Pflegekinder,
„ „ 1905: 3919 „ „ „

während an solchen die Stadt Stuttgart allein

im Jahre 1900 . . . . 717 und
„ „ 1905 1089

zählte. Die unehelichen Kinder können nicht ausgeschieden werden; auch läßt sich nicht feststellen, wieviel Kinder auf die einzelnen Altersklassen entfallen und wie groß die Zahl derjenigen Kinder ist, welche im Wege der öffentlichen Armenpflege bei den Haushaltungsvorständen untergebracht sind. Doch kann angenommen werden, daß unter den gezählten Kindern im allgemeinen nur solche sich befinden, die tatsächlich gegen ein Kostgeld in den Haushalten untergebracht sind.

(Es vergl. im übrigen die Veröffentlichungen in den Württ. Jahrbüchern für Statistik und Landeskunde, Jahrgang 1902, S. 45ff.)

Bei den Ziehkindern in Württemberg handelt es sich, wie anderwärts, fast ausschließlich um uneheliche Kinder. Deren Mütter sind nur in seltenen Fällen in der Lage, ihre Kinder (wenigstens in den ersten Lebensjahren) in eigene Pflege zu nehmen. Da die Mütter fast durchweg den ärmeren Bevölkerungsklassen entstammen, wird es ihnen in den meisten Fällen nicht möglich sein, das an die Pflegeeltern zu entrichtende Pflegegeld durch eigenes Verdienst zu erwerben. Kommt aber die Mutter mit der Entrichtung des Pflegegeldes in Rückstand, dann droht die Gefahr, daß die Pflegeeltern das Wohl des ihnen anvertrauten Kindes vernachlässigen. Besondere Aufmerksamkeit der Behörde verdienen aber namentlich diejenigen Fälle, in welchen ein uneheliches Kind gegen eine einmalige geringe Abfindungssumme bei fremden Leuten untergebracht wird. Hier ist zu befürchten, daß — nachdem die geringe Summe verbraucht ist — die Ausgaben für das Kind seitens der Pflegeeltern hart empfunden werden und demgemäß die Pflege des Kindes vernachlässigt wird. Ungünstig besonders in größeren Städten sind übrigens nicht nur die Pflege- und Ernährungsbedingungen der Ziehkinder, sondern auch die Wohnungsverhältnisse, in denen sich die Kinder vielfach befinden. Sie sind oft in ungesunden, überfüllten Wohnungen untergebracht. Weiter ist in Betracht zu ziehen, daß das uneheliche Kind häufig an sich schwach und kränklich veranlagt ist, und die dringende Forderung einer sorgsamen Pflege und Behandlung der unehelichen Kinder ergibt sich aus der allgemein bekannten Tatsache, daß ihre Sterblichkeit eine weitaus größere ist als diejenige der ehelichen Kinder. So sind in Württemberg, wie aus den Veröffentlichungen im „Statistischen Handbuch für das Königreich Württemberg, Jahrgang 1904 und 1905“, zu entnehmen ist, von je 1000 lebend geborenen Kindern im 1. Lebensjahre gestorben:

Im Jahre	eheliche		uneheliche	
	männliche	weibliche	männliche	weibliche
1899	251	232	344	305
1900	261	225	349	300
1901	229	192	345	282
1902	220	182	292	246
1903	234	197	305	251
1904	232	194	315	266

Den bei fremden Personen untergebrachten Kindern drohen aber auch vielfach Gefahren in sittlicher Beziehung. Die ausgewählten Pflegeeltern sind nicht immer einwandfreie Persönlichkeiten. Unter ihnen befinden sich unsaubere Elemente, vor denen

verderblichen Einflusse der Ziehkinder bewahrt werden müssen. Es ist z. B. in Stuttgart die Beobachtung gemacht worden, daß Eltern, deren eigene Kinder der Fürsorgeerziehung unterworfen sind, sich mit der Annahme von Kostkindern befassen. Es liegt ein erhebliches öffentliches Interesse vor, daß nur rechtschaffenen, zuverlässigen Personen die Pflege der Ziehkinder anvertraut wird.

Daß eine öffentliche Aufsicht über das Ziehkinderwesen nicht zu entbehren ist, dieselbe vielmehr einem dringenden Bedürfnis entspricht, ist in der einschlägigen umfangreichen Literatur

(es vergl. u. a. Pütter a. a. O., ferner Dr. med. Taube, Das Haltekinderwesen)

allgemein anerkannt. Diese Auffassung ist auch in den am Schlusse der Verhandlungen des Deutschen Vereines für Armenpflege und Wohltätigkeit zu Colmar im Jahre 1902 (Schriften dieses Vereines, Heft 62) angenommenen Leitsätzen zum Ausdrucke gekommen, deren erster und dritter lauten:

„Alle in einer Gemeinde befindlichen unehelichen sowie diejenigen ehelichen Kinder, die in fremder Pflege gegen Entgelt untergebracht sind, sind unter behördliche Aufsicht zu stellen. Diese Aufsicht über Ziehkinder und Haltekinder ist landesgesetzlich (nicht reichsgesetzlich) zu regeln."

Bezüglich der Frage, wie diese polizeiliche Beaufsichtigung des Ziehkinderwesens zu regeln sei, vertritt der vorliegende Entwurf in Übereinstimmung mit der Mehrzahl der eingeholten gutächtlichen Äußerungen der beteiligten Verwaltungsbehörden, namentlich des Medizinalkollegiums, den Standpunkt, daß eine polizeiliche Überwachung der Pflegestellen allein nicht genügen kann, vielmehr daneben die Erziehung von Kindern gegen Entgelt der polizeilichen Konzession zu unterstellen ist. Gegen die Einführung der Konzessionspflicht könnte eingewendet werden, daß die genehmigende Behörde eine gewisse Garantie für die Befähigung der Pflegeeltern zur Erziehung von fremden Kindern übernehme, ferner daß geordnete, von edlen Motiven geleitete Pflegeeltern durch die Konzessionspflicht sich abschrecken lassen, mit der Verpflegung von Kindern gegen Entgelt sich fernerhin zu befassen. Solchen Einwänden gegenüber ist geltend zu machen, daß ein präventiver Schutz durch die Behörde hier unbedingt geboten erscheint, insofern die bloß repressive Hilfe häufig einen nicht mehr gutzumachenden Schaden vorfinden würde und also zu spät käme. Eine wirksame Sorge für das leibliche und geistige Wohl kleiner hilfloser Kinder bildet aber ein wichtiges öffentliches Interesse, und Aufgabe des Staates ist es daher, darüber zu wachen, daß da, wo die Eltern ihre Kinder nicht selbst erziehen können oder wollen, für Erfüllung der Aufgabe der Eltern durch dritte in ausreichender Weise gesorgt ist. Dabei empfiehlt es sich aber bezüglich des Umfanges, in welchem eine Konzession verlangt wird, tunlichste Beschränkung Platz greifen zu lassen, damit in die freie Selbstbestimmung und die Privatverhältnisse des einzelnen nicht weiter, als es die zwingende Notwendigkeit erfordert, eingegriffen wird.

In formeller Hinsicht dürfte der von Bayern und Baden eingeschlagene Weg einer Ergänzung des Polizeistrafrechtes zum Vorbild dienen, um eine gesetzliche Grundlage für das Erfordernis der polizeilichen Genehmigung der Verpflegung von Kindern gegen Entgelt zu gewinnen. Dagegen wird es nicht Aufgabe der Landesgesetzgebung sein, die Art und Weise, wie die mit polizeilicher Ermächtigung angenommenen Ziehkinder zu beaufsichtigen sind, eingehend zu regeln. Die Art, der Umfang einer solchen Aufsicht werden sich nach den örtlichen Bedürfnissen und Erfahrungen verschieden gestalten müssen und demgemäß, vorbehaltlich der im Wege der Instruktion der Landeszentralbehörde erfolgenden Aufstellung allgemeiner Richtlinien, der Regelung durch die örtlichen Polizeibehörden vorzubehalten sein. In letzterer Hinsicht wird namentlich auch der zweite der oben erwähnten Leitsätze des „Deutschen Vereines für Armenpflege und Wohltätigkeit" in Betracht zu ziehen sein, welcher lautet:

„Die Aufsichtsbehörde hat sich zur Durchführung der Aufsicht ärztlicher Hilfe und ehrenamtlicher Organe zu bedienen. Als letztere eignen sich vorzugsweise weibliche Personen. Es empfiehlt sich außerdem, zur Beaufsichtigung von

Kindern bis zum vollendeten zweiten Lebensjahre besonders geschulte Pflegerinnen anzunehmen.[1]

II. Zu den Einzelbestimmungen.

Zu Art. I.

Aus dem Grundsatze, daß durch die polizeilichen Maßnahmen zum Schutze der Ziehkinder auf die freie Selbstbestimmung und die Privatverhältnisse der einzelnen schonende Rücksicht genommen werden muß, ergibt sich die Beschränkung des Konzessionszwanges einerseits auf die entgeltliche Verpflegung fremder Kinder, andererseits auf die Verpflegung von Kindern unter sechs Jahren. Erfahrungen, welche eine Ausdehnung der polizeilichen Überwachung auch auf die unentgeltliche Verpflegung von Kindern (in der Regel durch Verwandte) rechtfertigen könnten, liegen nicht vor. Bei der Bestimmung der Altersgrenze der dem öffentlichen Schutze zu unterstellenden Kinder haben die Vorschriften des Volksschulgesetzes über den Beginn der Schulpflichtigkeit einen gewissen Anhaltspunkt geboten, sofern angenommen werden kann, daß mit dem Eintritt der Schulpflicht die Periode der größten körperlichen und geistigen Hilflosigkeit des Kindes abschließt. Mit dem Beginn des Schulbesuches wird der Lehrer an Stelle der Polizeibehörde die Überwachung des Ziehkindes ausüben und in den Fällen der körperlichen und geistigen Verwahrlosung des letzteren die Abstellung des Übelstandes einzuleiten haben

(zu vergl. den oben erwähnten preußischen Ministerialerlaß vom 20. März 1896 und die Begründung zu dem hessischen Gesetzentwurf).

Auch fällt das Kind mit dem Eintritt in die Schule mehr als seither der Kontrolle der Öffentlichkeit anheim, wodurch eine weitere Garantie gegen eine Vernachlässigung desselben geschaffen wird. Von der polizeilichen Überwachung endlich diejenigen Kinder auszunehmen, für welche die Fürsorge der öffentlichen Armenpflege eintritt, einschließlich derjenigen Kinder, bezüglich welcher auf Grund des Gesetzes vom 28. Dezember 1899 (Reg.-Bl. S. 1264) / 11. November 1905 (Reg.-Bl. S. 29) die Fürsorgeerziehung angeordnet ist, rechtfertigt sich durch die Erwägung, daß bei diesen Kindern eine sorgfältige Auswahl geeigneter Pflegestellen und eine geeignete Überwachung der letzteren durch die hierzu berufenen öffentlichen Organe ohnehin gewährleistet ist und ein konkurrierendes Eingreifen der Polizeibehörde überflüssig erscheint.

Die Voraussetzungen, unter welchen die ortspolizeiliche Erlaubnis zu erteilen ist und später wieder zurückgenommen werden kann, sollen in einer auf Grund des vorgeschlagenen Gesetzes zu erlassenden Verfügung des Ministeriums des Innern näher bestimmt werden. Die polizeiliche Erlaubnis soll eine widerrufliche sein und nur dann erteilt werden, wenn der Kostgeber nach seinen persönlichen Verhältnissen (wozu namentlich auch Freiheit des Kostgebers und seiner Angehörigen von übertragbaren chronischen Krankheiten, besonders der Tuberkulose gehört) und nach der Beschaffenheit seiner Wohnung für eine ordentliche Verpflegung, Beaufsichtigung und Erziehung des Kostkindes Gewähr bietet. Ob diese Voraussetzungen vorliegen, muß bei einem etwaigen Wohnungswechsel des Kostgebers aufs neue geprüft werden. Im Falle einer üblen Behandlung des Kostkindes oder bei einer demselben nachteiligen Veränderung der persönlichen oder häuslichen Verhältnisse des Kostgebers wird die Erlaubnis zurückgenommen.

Die polizeiliche Erlaubnis kann entweder als eine generelle gestaltet werden, so daß sie dem betreffenden Kostgeber zur Annahme von Kostkindern ein für allemal erteilt wird (Preußen), oder als eine spezielle, d. h. so daß sie für jedes Kind einzeln nachzusuchen ist (Bayern). Der Entwurf sieht die letztgenannte Konzessionsart vor. Dabei wird zur Erteilung der Erlaubnis die Ortspolizeibehörde des Wohnortes des Kostgebers (Bayern: die Distriktspolizeibehörde) in der Erwägung für zuständig erklärt, daß sie die maßgebenden Verhältnisse der Pflegeeltern am besten kennt und eine etwaige Veränderung derselben am leichtesten verfolgen kann.

Die weiteren zur Überwachung der Verpflegung der Kostkinder in der Verfügung des Ministeriums des Innern zu erlassenden polizeilichen Anordnungen bedingen einerseits gewisse Verpflichtungen des Kostgebers. Dieser soll verpflichtet werden, den Beamten der Polizeibehörde oder den von der letzteren mit der Beaufsichtigung der Kostkinder beauftragten und mit einem bezüglichen Ausweise versehenen Personen jederzeit den Zutritt zu seiner Wohnung und zu dem Kostkinde zu gestatten und auf alle das letztere betreffenden Fragen wahrheitsgemäße Auskunft zu erteilen. Demselben soll ferner zur Pflicht gemacht werden, bei Beendigung des Pflegeverhältnisses hievon alsbald der Ortspolizeibehörde Anzeige zu erstatten, speziell im Falle des Ablebens des Kostkindes zugleich über die Todesursache, in den sonstigen Fällen über den Verbleib des Kindes Aufschluß zu geben. Andererseits werden die in der Ministerialverfügung vorgesehenen polizeilichen Anordnungen zur Überwachung der Verpflegung von Kostkindern allgemeine Weisungen an die in Betracht kommenden Behörden in Bezug auf eine wirksame Gestaltung der Aufsicht über das Kostkinderwesen enthalten, wie dies z. B. in der oben erwähnten Bekanntmachung des K. Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 6. Februar 1906 der Fall ist. Die Ortspolizeibehörden sollen sämtliche in ihren Bezirken befindlichen Kostkinder unter 6 Jahren beaufsichtigen und fortgesetzt darüber wachen, daß den letzteren die gebührende Fürsorge in jeder Hinsicht zuteil wird. Insbesondere haben sie sich von dem Zustand der Wohnung der Kostgeber, der Art der Ernährung und Verpflegung, der Behandlung und Erziehung der Kostkinder durch zeitweilige Besuche zu überzeugen. Zur Erfüllung dieser Aufgabe können sie — namentlich in größeren Gemeinden — bestimmte Beamte und Ärzte sowie sonst geeignete Personen (z. B. besoldete geschulte Pflegerinnen) als ihre Organe bestellen. Insbesondere wird die Verfügung den örtlichen Polizeibehörden empfehlen, darauf hinzuwirken, daß sich einschlägige Vereine (Vereine für Jugendschutz und Kindererziehung, namentlich Frauenvereine) freiwillig an der Beaufsichtigung der Kostkinder beteiligen. Den Ortspolizeibehörden soll ferner vorgeschrieben werden, über die in ihren Bezirken befindlichen Kostkinder Listen zu führen, in welche die Kostkinder selbst nach Namen und Alter, ferner die Eltern und Vormünder sowie die Kostgeber, deren Wohnort und Wohnung einzutragen sind. Die Oberamtsärzte werden angewiesen werden — abgesehen von der bisher schon vorgeschriebenen Ausdehnung der periodischen ärztlichen Gemeindevisitationen auf den Zustand des Kost- und Haltekinderwesens —, künftig bei jeder sich bietenden Gelegenheit und tunlichst unvermutet die einzelnen Kostkinderstellen zu besichtigen und sich von dem Zustand der Wohnung, von der Art der Wartung, Pflege, Ernährung und Behandlung sowie von dem Gesundheitszustande der Kostkinder zu überzeugen und von dem Ergebnis der Ortspolizeibehörde unter Angabe der vorgefundenen Mißstände Mitteilung zu machen. Die Oberämter endlich sollen beauftragt werden, darüber zu wachen, daß die Ortspolizeibehörden sich eine gewissenhafte und strenge Durchführung der Vorschriften der Verfügung angelegen sein lassen.

Zu Art. II.

In Art. 16 der Novelle zum Polizeistrafgesetzbuch vom 12. August 1879 sind diejenigen Fälle einzeln aufgeführt, in welchen die Erlassung einer polizeilichen Strafverfügung dem Ortsvorsteher zukommt. Der Entwurf beabsichtigt, die Aburteilung von Übertretungen im Sinne des vorgeschlagenen Art. 29b des Polizeistrafgesetzbuches dem Ortsvorsteher zuzuweisen. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, in den bezeichneten Art. 16 der Novelle den neuen Art. 29b des Polizeistrafgesetzes einzuschalten.

Zu Art. III.

Das Gesetz findet nach seiner Zweckbestimmung nicht bloß auf diejenigen Kostkinder Anwendung, welche erst nach seiner Erlassung in die Pflege eines Kostgebers genommen werden, sondern auch auf diejenigen, welche sich in einer solchen Pflege schon zur Zeit des Inkrafttretens des Gesetzes befinden. Den Pflegeeltern der letzterwähnten Kinder ist jedoch billigerweise eine angemessene Frist zu gewähren, um die zur Haltung der Pflegekinder erforderliche polizeiliche Erlaubnis einzuholen. Erst wenn

diese Frist verstrichen ist, ohne daß die Erlaubnis eingeholt und erteilt ist, tritt Bestrafung nach Art. 226 ein.

Die Verhandlungen des Gesetzentwurfes in der Ersten Kammer haben keine wesentliche Änderung des Entwurfes ergeben, nur wurde beschlossen, die Altersgrenze auf 7 Jahre heraufzusetzen.

In ganz anderer Fassung ist aber der Gesetzentwurf aus den eingehenden Beratungen der Württembergischen Zweiten Kammer hervorgegangen, indem auch der Fall einer unentgeltlichen Verpflegung hereingenommen und in dem ferner die Altersgrenze, bis zu der die Übernahme eines fremden Kindes in Kost und Pflege von besonderer Erlaubnis abhängen soll, vom Beginne der Schulpflichtigkeit auf das Ende der Schulpflichtigkeit verlegt worden ist: Der Entwurf ist damit aus dem Entwurf einer Novelle zum Polizeistrafgesetze zu dem Entwurf eines Gesetzes betreffend die Kost- und Pflegekinder ausgeweitet worden.

Die Beschlüsse der Zweiten Kammer sind in den Drucksachen dieser Kammer, Beilage 244, zusammengestellt:

a) Die Überschrift wie folgt zu fassen:

„Entwurf eines Gesetzes,

betreffend

die Kost- und Pflegekinder.“

b) Den Art. 1 in folgender Fassung anzunehmen:

„Art. 1.

Wer ein fremdes Kind unter dreizehn Jahren oder wer ein solches Kind über dreizehn Jahre, das noch zum Besuche der Volksschule verpflichtet ist, in Kost und Pflege nimmt, hat hierzu die vorgängige Erlaubnis der Ortspolizeibehörde einzuholen. Abgesehen von den Ausnahmen, welche sich aus reichsgesetzlichen Bestimmungen ergeben, findet diese Vorschrift keine Anwendung bezüglich der ehelichen Kinder, die bei ihren Großeltern, Geschwistern oder deren Ehegatten, Geschwistern der Eltern oder deren Ehegatten untergebracht sind, ferner bezüglich derjenigen Kinder, die in der Fürsorge einer öffentlichen Armenbehörde oder der vom Ministerium des Innern besonders bezeichneten Anstalten und Vereine sich befinden oder nur vorübergehend oder zum Zwecke des Besuches einer auswärtigen Schule in fremde Kost und Pflege gegeben sind.

Die Erlaubnis darf nur solchen Personen erteilt werden, die nach ihren persönlichen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen, insbesondere auch nach ihren sittlichen Eigenschaften und nach der Beschaffenheit ihrer Wohnung zur Übernahme der Pflege ohne Gefährdung des Kindes geeignet sind.

Sie kann zurückgenommen werden, wenn eine wesentliche Voraussetzung der früheren Erlaubniserteilung wegfällt oder die Pflichten gegen das Pflegekind vernachlässigt werden.

Vor der Erteilung, Versagung oder Zurücknahme der Erlaubnis hat die Ortspolizeibehörde in der Regel die Äußerung des Gemeindewaisenrates einzuholen.“

„Art. 2.

Die Ortspolizeibehörde hat sich über die Fortdauer der in Art. 1, Abs. 2 bezeichneten Voraussetzungen und über die Erfüllung der Pflichten gegen das Pflegekind durch geeignete Überwachung auf dem Laufenden zu erhalten.

In besonderen Fällen kann die Ortspolizeibehörde nach Anhörung des Gemeindewaisenrates von der Überwachung Abstand nehmen.

Über die Anstalten und Vereine, welche nach Art 1, Abs. 1, von der Einholung einer Erlaubnis entbunden sind, hat das Ministerium des Innern die Überwachung zu führen.

Nähere Bestimmungen über die Art der Überwachung werden durch Verordnung getroffen."

„Art. 3.

Mit Geldstrafe bis zu sechzig Mark oder mit Haft bis zu vierzehn Tagen wird bestraft, wer den in Art. 1, Abs. 1, bezeichneten Bestimmungen zuwiderhandelt oder ein Kind, nachdem die Erlaubnis zurückgenommen ist, in Kost und Pflege behält, desgleichen wer den hinsichtlich der Überwachung der Verpflegung solcher Kinder erlassenen Anordnungen zuwiderhandelt."

c) Den Art II als

Art. „4"

in folgender Fassung anzunehmen:

„In Art. 16 des Gesetzes vom 12. August 1879 betreffend Änderungen des Landespolizeistrafgesetzes vom 27. Dezember 1871 und das Verfahren bei Erlassung polizeilicher Strafverfügungen (Reg.-Blatt S. 153) wird nach Ziffer 4a eingeschaltet:

„4b) der Art. 1 und 3 des Gesetzes vom . . . . . betreffend die Kost- und Pflegekinder (Reg.-Blatt S. . .)."

d) Den Art. III als

Art. „5"

in folgender Fassung anzunehmen:

„Das gegenwärtige Gesetz tritt mit dem . . . . in Kraft.

Binnen drei Monaten von diesem Zeitpunkte an haben diejenigen, die beim Inkrafttreten des Gesetzes fremde Kinder unter dreizehn Jahren beziehungsweise über dreizehn Jahre, wenn und soweit sie noch zum Besuche der Volksschule verpflichtet sind, in Kost und Pflege haben, die Erlaubnis, soweit solche hiernach erforderlich ist (Art. 1), zu erwirken, widrigenfalls dieselbe als verweigert gilt."

e) Gegen Eingang und Schluß des Gesetzentwurfes nichts zu erinnern.

f) Die

1) Eingabe des Vereins von Kinderfreunden in Stuttgart vom 31. Mai 1907 zu vorliegendem Gesetzentwurfe,

2) Bitte des Superiors J. Göser in Heiligenbronn OA. Oberndorf vom 14. Februar 1908 um Befreiung der charitativen Kindererziehungsanstalten und -vereine von den Vorschriften gegenwärtigen Gesetzentwurfes

durch die gefaßten Beschlüsse für erledigt zu erklären.

Mit den Beschlüssen der Zweiten Kammer hat sich die Justizgesetzgebungskommission der Ersten Kammer im wesentlichen einverstanden erklärt und beantragt, die von der Zweiten Kammer beschlossene Fassung anzunehmen mit der Abweichung, daß

1. im Abs. 1 des vorgeschlagenen Art. 1 gegen Ende die Worte „oder nur vorübergehend" gestrichen werden,
2. im Abs. 1 des vorgeschlagenen Art. 1 als Termin für das Inkrafttreten des Gesetzes der 1. Juli 1909 eingesetzt,
3. der Abs. 2 dieses Artikels folgendermaßen gefaßt wird:

> „Binnen drei Monaten von diesem Zeitpunkte an haben diejenigen, welche fremde Kinder **in Kost und Pflege** halten, die Erlaubnis hierzu, soweit solche nach Art. 1 erforderlich ist, zu erwirken, widrigenfalls dieselbe als verweigert gilt."

Über die Annahme des nunmehrigen Gesetzentwurfes liegen mir bisher die Protokolle nicht vor.

Gemeinschaftliche Gesetzsammlung für die Herzogtümer Coburg und Gotha. Nr. 768.

Gesetz

zur Abänderung des Ausführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche vom 20. November 1899 vom 18. März 1908.

Nach Artikel 49 des Ausführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche vom 20. November 1899 (Gemeinschaftliche Gesetzsammlung Nr. 629) wird folgender

Artikel 49a

eingerückt.

§ 1.

Durch Ortsstatut können Gemeindebeamten alle oder einzelne Rechte und Pflichten eines Vormundes oder Pflegers für solche Minderjährige übertragen werden, die unter der Aufsicht dieser Beamten entweder in einer von ihnen ausgewählten Familie oder Anstalt oder, insofern es sich um uneheliche Kinder handelt, in der mütterlichen Familie erzogen oder verpflegt werden.

Die Vorschrift findet keine Anwendung auf Minderjährige, für deren Vormund ein anderes als ein coburg-gothaisches Gericht zuständig ist.

§ 2.

Tritt eine Vormundschaft oder Pflegschaft nach § 1 ein, so endigt das Amt des bisherigen Vormundes oder Pflegers von selbst. Ein Gegenvormund wird nicht bestellt. Dem Vormunde stehen die nach § 1852 des Bürgerlichen Gesetzbuches zulässigen Befreiungen zu.

§ 3.

Der Beamte behält, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, die Rechte und Pflichten des Vormundes oder Pflegers auch nach der Beendigung der Erziehung oder Verpflegung bis zur Volljährigkeit des Mündels.

§ 4.

Dem Vormundschaftsgerichte bleibt unbenommen, für einen Minderjährigen einen andern Vormund oder Pfleger zu bestellen; ein solcher ist zu bestellen, wenn der Gemeindewaisenrat es beantragt.

Urkundlich unter Unserer eigenhändigen Unterschrift und beigedrucktem Herzoglichen Siegel.

Gotha, den 18. März 1908.

Ortsstatut,

betreffend Einführung der gesetzlichen Amtsvormundschaft
im Stadtbezirke Gotha.

Mit Zustimmung der Stadtverordnetenversammlung wird auf Grund des coburg-gothaischen Gesetzes vom 18. März 1908 zur Abänderung des Ausführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche statutarisch verordnet, was folgt:

§ 1.

Gemäß Artikel 49 a des Ausführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche in der Fassung des coburg-gothaischen Gesetzes vom 18. März 1908 werden einem vom Bürgermeister nach Anhörung des Gemeindewaisenrates zu bestimmenden Beamten des Gemeindewaisenrates der Stadt Gotha alle Rechte und Pflichten eines Vormundes bezüglich der im § 2 genannten Minderjährigen übertragen (Gesetzliche Amtsvormundschaft).

Der zum Vormunde bestellte Beamte führt die Bezeichnung „Amtsvormund".

Die Bestellung ist stets widerruflich. Die erste Bestellung, jeder Wechsel in der Person des Amtsvormundes und jede Stellvertretung ist dem Vormundschaftsgerichte vom Gemeindewaisenrate alsbald anzuzeigen.

§ 2.

Der Vormundschaft werden unterstellt:

1. alle nach dem 30. Juni 1908 in der Stadt Gotha geborenen unehelichen Kinder;

2. die nicht unter Ziffer 1 fallenden, in der Stadt Gotha in der mütterlichen Familie verpflegten oder erzogenen unehelichen Kinder;

3. die durch die Armenverwaltung der Stadt Gotha in einer vom Amtsvormunde ausgewählten Familie oder Anstalt untergebrachten Mündel.

Die Vormundschaft tritt ein

a) für die unter 1 genannten Kinder mit dem Zeitpunkte der Geburt;

b) für die unter 2 und 3 genannten Kinder, sobald der Amtsvormund dem Vormundschaftsgerichte die Übernahme der Amtsvormundschaft über den betreffenden Mündel angezeigt hat.

Die Amtsvormundschaft tritt nicht ein für solche Minderjährige, für deren Bevormundung ein anderes Gericht als ein Amtsgericht im Herzogtume Gotha zuständig ist.

§ 3.

Bei Erfüllung seiner Obliegenheiten kann sich der Amtsvormund der Mithilfe der städtischen Beamten und der Organe des Gemeindewaisenrates bedienen.

§ 4.

Wenn der Amtsvormund oder eine der nach § 3 beauftragten Personen wegen einer Amtshandlung auf Grund des § 839 des Bürgerlichen Gesetzbuches in Anspruch genommen wird, so ist die Stadtgemeinde verpflichtet, die zu vertreten.

Die Vorschriften des Artikels 18, § 1, Absatz 2 und 3 des coburg-gothaischen Ausführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche vom 20. November 1899 finden auch in diesem Falle Anwendung.

Gotha, den 14. Juli 1908. Der Stadtrat.

Bestätigt.

Gotha, den 18. Juli 1908.

Herzogl. Sächs. Staatsministerium.

Das vorstehende Ortsstatut tritt mit dem Tage der Veröffentlichung in Kraft.

Gotha, den 21. Juli 1908. Der Stadtrat.

Literatur.

Wohlfahrtspflege.

Adickes und Beutler, Die sozialen Aufgaben der deutschen Städte. Leipzig, 1903. Duncker und Humblot.

Albrecht A., Handbuch der sozialen Wohlfahrtspflege in Deutschland. Berlin, 1902. C. Heymann.

Reicher Heinrich, Die Theorie der Verwahrlosung und das System der Ersatzerziehung. („Die Fürsorge für die verwahrloste Jugend", III. Teil. Bd. I. Wien, 1908.) Manzsche Hof-, Verlags- und Universitätsbuchhandlung.

Das Programm der Wohlfahrtspflege. Schriften der Zentralstelle für Volkswohlfahrt. Heft 1 der neuen Folge. Berlin, 1908. C. Heymann.

Armenwesen.

Aschrott P. F., Die Entwicklung des Armenwesens in England seit dem Jahre 1885. (Sonderabdruck aus Schmoller's Jahrbuch für Gesetzgebung XXII. 2.) Leipzig, 1898. Duncker und Humblot.

Münsterberg E., Die deutsche Armengesetzgebung und das Material zu ihrer Reform. Leipzig, 1887. Duncker und Humblot.

— Das ausländische Armenwesen. Übersicht über die neueren Bestrebungen auf dem Gebiete der Armenpflege in den für uns wichtigsten Staaten des Auslandes. Schriften des deutschen Vereines für Armenpflege und Wohltätigkeit. Heft 35. Leipzig, 1898.

Mutterschutz und Mutterschaftsversicherung.

Braun Lily, Die Mutterschaftsversicherung. Berlin, 1906. Buchhandlung Vorwärts.

Buckeley August, Zur Frage der Mutterschaftsversicherung. Regensburg, 1908. G. J. Manz, Buch- und Kunstdruckerei A.-G., München-Regensburg.

Elberskirchen Johanna, Die Mutterschaft in ihrer Bedeutung für die nationalsoziale Wohlfahrt. Seitz und Schauer, München.

Fischer Alfons, Die Mutterschaftsversicherung in den europäischen Ländern. Kultur und Fortschritt. Neue Folge der Sammlung „Sozialer Fortschritt". Leipzig, 1907. Felix Dietrich.

Fürth Henriette, Mutterschutz durch Mutterschaftsversicherung. Mannheim, 1907. J. Bensheimer.

Salomon Alice, Mutterschutz und Mutterschaftsversicherung. Schriften des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit. Heft LXXXIV, 1908.

Findelwesen.

Bélalew A. J. und Frantz G. G., Institutions médicales de St.-Pétersbourg. St. Petersburg, 1897. J. A. Bogelmann.

Berg F. A. de, Berättelse om Allmänna Barnhusinrättningar i Stockholm. Stockholm, 1887. Central-Tryckeriet.

Epstein Alois, Studien zur Frage der Findelanstalten unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Böhmen. Prag, 1882. J. G. Calvesche k. k. Hof- und Universitätsbuchhandlung. Ottomar Beyer.

Escherich Theodor, Errichtung einer Ammenvermittlungsstelle in Graz. Mitteilungen des Vereines der Ärzte in Steiermark. Nr. 5. 1902.

— Promemoria betreffs der Krankenabteilung der zu errichtenden Landes-Findelanstalt. Separatabdruck aus den „Blättern für das Armenwesen". Graz, 1897. Universitätsbuchdruckerei Styria.

Czerny A., Über hygienische Einrichtungen und prophylaktische Vorkehrungen in Kinderspitälern und Findelanstalten. Sonderabdruck aus der Prager med. Wochenschrift. 1894.

Hügel Fr. S., Die Findelhäuser und das Findelwesen Europas, ihre Geschichte, Gesetzgebung, Verwaltung, Statistik und Reform. Wien, 1863. Leopold Sommer.

Levinstein W. Th., Über die Notwendigkeit der Findelhäuser. Jena, 1888. Gustav Fischer.

Lipp Eduard, Gutachten über die Frage der Wiedererrichtung der steiermärkischen Landesfindelanstalt in Graz und über die Schaffung einer Aufsichts- und Vormundschaftsstelle für Pflegekinder. Graz, 1885.

Mazzeo F., La riforma dei Brefotrofi. Atti del VI congresso pediatrico italiano, tenuto a Padova dal 2 al 6 ottobre 1907. Padova, 1908.

Raudnitz Robert W., Die Findelpflege. Erweiterter Sonderabdruck aus der 2. Auflage der „Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde". Wien und Leipzig, 1888. Urban und Schwarzenberg.

Riether Gustav, Zur Neugestaltung des Findelwesens in Niederösterreich. Das österreichische Sanitätswesen. 1902, Nr. 38, 39 und 40.

Siefferdt M., Das Findelwesen in einigen Staaten Europas. Archiv für Kinderheilkunde. 1904, Bd. XXXIX, S. 355.

Szana A., Untersuchungen über die Versorgung der Säuglinge in öffentlicher Fürsorge. Arch. f. Kinderheilk. 47. Bd. 1907, S. 126.

— Die obligatorische staatliche Fürsorge für die der öffentlichen Versorgung bedürftigen Kinder in Ungarn. Separatabdruck aus der „Jugendfürsorge". Berlin, 1904.

Torday Franz v., Das Budapester staatliche Kinderasyl. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 48, 1908, S. 92.

Taussky Emerich und Engel Sigismund, Das italienische Findelhauswesen. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. 1903, Bd. XXXV, S. 762.

Wittschieben Otto, Das Findelwesen in Steiermark. Statistische Mitteilungen über Steiermark. XVII. Heft, Graz, 1907. Leuschner und Lubensky.

Foundling Hospital. Report and Cash Account for the year 1906. London, 1907. C. Jacques & Son.

Säuglingsfürsorge.

Escherich Theodor, Ein Jubiläumswerk zum Schutz der ersten Kindheit. Separatabdruck aus „Österreichische Rundschau". Bd. XIV, Heft 1.

Janisch Franz, Die öffentliche Schutzfürsorge für die unehelichen Kinder. Sonderabdruck aus der Zeitschrift für Notariat und freiwillige Gerichtsbarkeit in Österreich. Wien und Leipzig, 1906.

Jaschke Rud. Th., Die Bedeutung des Selbststillens im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit; bestehende Einrichtungen und Vorschläge zur Förderung desselben. Sonderabdruck aus der Monatsschr. f. Geburtsh. und Gynäkol. Bd. 28, Heft 2.

Klumker Chr. und Spann Othmar, Die Bedeutung der Berufsvormundschaft für den Schutz der unehelichen Kinder. Dresden, 1905. O. V. Böhmert.

Landsberg und Cossmann, Berufsvormundschaft und Kostkinderfrage mit besonderer Berücksichtigung der im ersten Lebensjahre stehenden Kinder. Veröffentlichungen des Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf. Berlin, 1908. Carl Heymanns Verlag.

Leroy Arthur, La protection de l'enfance en Belgique; Légitimation — Enfants maltraités — Mineurs délinquants. Bruxelles, 1902. J. Goemaere, Imprimeur du ro-

Lindheim Alfred v., Saluti juventutis. Der Zusammenhang körperlicher und geistiger Entwicklung in den ersten zwanzig Lebensjahren des Menschen. Leipzig und Wien, 1908. Franz Deuticke.
Neumann H., Öffentlicher Kinderschutz. — Weyl's Handbuch der Hygiene. Bd. 7., 2. Lieferung. Jena, 1895. Gustav Fischer.
— Einfluß der Ernährungsweise auf die Säuglingssterblichkeit. Zeitschrift für soziale Medizin. Bd. 3., 1908. S. 196.
Pütter Ernst, Das Ziehkinderwesen. Schriften des Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit. Leipzig. Duncker und Humblot.
Riether Gustav, Gutachten. Welche Maßnahmen wären zum Schutze der bei fremden Personen in Pflege stehenden Kinder (Zieh-, Halte- und Kostkinder) einzuleiten und welche Rechte wären den Pflegeeltern in Ansehen dieser Kinder zu gewähren? Separatabdruck aus den Schriften des I. österreichischen Kinderschutzkongresses. Wien, 1907. Bd. II.
Saltet R. H. und Falkenburg Ph., Kindersterblichkeit besonders in den Niederlanden. Statistische Mitteilungen veröffentlicht vom Statistischen Amt der Stadt Amsterdam. Nr. 19. Amsterdam, 1907. Johannes Müller.
Schlossmann Arthur, Sind besondere Heime für syphilitische Kinder notwendig oder wünschenswert? Sonderabdruck aus „Medizinische Reform". Wochenschrift für soziale Medizin, Hygiene- und Medizinalstatistik.
Schlossmann A., Über die Fürsorge für kranke Säuglinge unter besonderer Berücksichtigung des neuen Dresdner Säuglingsheimes. (Sonderabdruck aus dem Archiv für Kinderheilkunde. Bd. 43.) Stuttgart, 1906. F. Enke.
Schmalfuss G., Stellung und Aufgaben des Armenuntersuchungsarztes. Jena 1905. Gustav Fischer.
Spann Othmar, Untersuchungen über die uneheliche Bevölkerung in Frankfurt a. M. Probleme der Fürsorge. Abhandlungen der Zentrale für private Fürsorge in Frankfurt a. M. Dresden, 1905. O. V. Böhmert.
Taube Max, Der Schutz der unehelichen Kinder in Leipzig. Eine Einrichtung zur Fürsorge ohne Findelhäuser. Leipzig, 1893. Veit & Co.
Torggler Fr., Aus einer Hebammenlehranstalt. Gynäkologische Rundschau. 1907. 10. Heft.
Uffenheimer, Eine bemerkenswerte Eingabe der Münchener Zentrale für Säuglingsfürsorge. Monatsschrift für Kinderheilkunde. Bd. VII. 1908. S. 42.
Weiss Siegfried, Die Organisation der Still- und Milchkasse in Wien. Sonderabdruck aus der Zeitschrift der Zentralstelle für Volkswohlfahrt. „Concordia". Nr. 13. Vom 1. Juli 1908.
Zollinger Fr., Bestrebungen auf dem Gebiete der Schulgesundheitspflege und des Kinderschutzes. Zürich, 1902. Orell Füssli.
Schriften des ersten österreichischen Kinderschutzkongresses. Wien, 1907. Bd. I—III.
Fürsorge für Säuglinge. Vorberichte und Verhandlungen der VIII. Konferenz vom 15. und 16. Mai 1899 in Stuttgart. Schriften der Zentralstelle für Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen. Nr. 17. Berlin, 1900. Carl Heymanns Verlag.
Studien und Vorschläge zur Förderung des Selbststillens in Österreich. Separatabdruck „Das österreichische Sanitätswesen". Nr. 27. Wien, 1906.
Zahlreiche Arbeiten aus Bd. I und II. der Zeitschrift für Säuglingsfürsorge.



VORTRAG

VON

PRIVATDOZENT Dr. HEINRICH REICHER.



Der Auftrag des auf der Naturforscherversammlung in Dresden zum Studium der Frage der Schaffung eines Findlingsgesetzes und der Findlingsfürsorge gewählten Komitees hat zu dem auf die Tagesordnung der diesjährigen Naturforscherversammlung in Köln a. R. gestellten Referate: „Über die Fürsorge für uneheliche Kinder" geführt. Zur Erstattung dieses Referates bin auch ich eingeladen worden.

Ich fasse nun die mich betreffende Aufgabe in diesem Referate zunächst dahin auf, daß es mir obliegt, das Findelwesen im allgemeinen und in Österreich insbesondere als Schutzeinrichtung für uneheliche Kinder zu besprechen sowie die Frage zu erörtern, ob und inwieweit die Findlingsfürsorge für diesen Zweck ausreicht.

Die Tatsache, daß ich als Jurist in einer Versammlung von Ärzten über Kinderschutz Bericht erstatte, kennzeichnet das Gebiet der Jugendfürsorge, auf dem die Angehörigen der verschiedenen Fakultäten zu gemeinsamen Wirken berufen sind.

So wichtig dieses Gebiet vom Standpunkte des öffentlichen Interesses — so wenig hat die Wissenschaft vom Kinde in der Gesetzgebung Berücksichtigung und in dem tätigen Leben des Staates, in der öffentlichen Verwaltung und in der Strafrechtspflege bisher noch Anwendung gefunden.

Der Staat ist noch gar nicht zum Bewußtsein gekommen, daß die Jugendfürsorge zu seinen Grundlagen gehört, daß die Erziehung der Jugend die Voraussetzung der individuellen und sozialen Tüchtigkeit seiner Bürger ist, daß die Sicherstellung der Erziehung der Jugend im Wege der Gesetzgebung und Verwaltung eine hervorragende Aufgabe des Staates bildet. Die Erziehung umfaßt die harmonische Entwicklung der körperlichen, geistigen und sittlichen Kräfte des Kindes.

Die Körperpflege ist die Voraussetzung der Gesundheit und damit die Grundlage der menschlichen Existenz.

Die Pflege der geistigen Kräfte ist das einzige Teilgebiet der Jugendfürsorge, welches die staatliche Gesetzgebung einheitlich geregelt hat und die Aufgabe eines selbständigen Verwaltungsorganismus bildet. So wichtig die Volksschule ist, so vermittelt sie doch in erster Linie nur die geistige, nicht aber die sittliche Bildung, deren der Mensch zu seiner Eingliederung in den sozialen Organismus und als Voraussetzung seiner Verantwortlichkeit für sein Tun und Lassen im Sinne der staatlichen Ordnung bedarf.

Bevor der Richter Staat sein Recht auf Vergeltung geltend macht, muß der Staat als Erzieher dafür sorgen, daß dem Kinde in der Erziehung sein Recht geworden ist. Die Fürsorgeerziehung soll dieser Forderung gerecht werden, doch haften diesem jüngsten Zweige des öffentlichen Rechtes noch vielfach die Eierschalen des strafrechtlichen Doktrinarismus an.

Es kann nicht Aufgabe des Staates sein, die Erziehung der Jugend der Familie zu entziehen. Die natürliche und rechtliche Erzieherin der Kinder ist und bleibt die Familie. Wohl aber ist es Aufgabe der Regierung, den Punkt zu finden, an welchem der Staat mit der öffentlichen Erziehungsfürsorge einzusetzen hat.

Die allgemeine Formel hierfür ist leicht gefunden; sie lautet: Ergänzung des unzulänglichen Familienschutzes und Ersatz des fehlenden Familienschutzes.

Die Dringlichkeit der Aufgaben, welche hier zu lösen sind, werden durch die beiden sozialen Massenerscheinungen: die große Säuglingssterblichkeit und die an Ausbreitung zunehmende Kinderverwahrlosung gekennzeichnet.

Meine Aufgabe als Berichterstatter kann es nur sein, die bestehenden Einrichtungen des Verwaltungsrechtes hinsichtlich ihrer Eignung als Kampfmittel gegen die Säuglingssterblichkeit und als Mittel zum Schutze der unehelichen Kinder sowie die notwendigen Reformen zu besprechen. Dabei gehe ich von der Tatsache aus, daß die Säuglingssterblichkeit und die Kinderverwahrlosung als soziale Massenerscheinungen der Gegenwart auf soziale Ursachen zurückzuführen sind und eheliche wie uneheliche Kinder berühren. Dahin gehört in erster Linie die Erwerbsarbeit der Frau, die sie ihrem Berufe am häuslichen Herde, ihrer Nähr-, Aufsichts- und Erziehungspflicht entfremdet.

Die große Säuglingssterblichkeit läßt die Gefahren des Säuglingsalters erkennen. Die Familie, die große Schutzorganisation für das Alter der Kindheit, hat in weiten Kreisen des Volkes ihre Kraft verloren. Das wirksamste Mittel im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit, die liebevolle und sorgfältige Pflege und die natürliche Ernährung des Kindes durch die Mutter ist für einen großen Teil der besitzlosen Volksklassen überhaupt nicht erreichbar. Die Erwerbsarbeit der Frau entfremdet diese ihren mütterlichen Pflichten.

Von den sozialen Bestrebungen zur Förderung des Selbststillens (Mutterschaftsversicherung, Stillprämien, Stillkrippen) und zur Versorgung mit keimfreier Milch (Milchküchen, Säuglingsmilchverteilung) sowie von den ärztlichen Beratungsstellen für Mütter und Pflegerinnen tue ich nur nebenher Erwähnung, weil es sich hier nach dem gegenwärtigen Stande der Dinge um die Schöpfungen der freien gesellschaftlichen Tätigkeit handelt, deren Zweck es ist, den erwerbarbeitenden Klassen in ihrer wirtschaftlichen Bedrängnis entgegenzukommen und die der Entwicklung des Kindes abträglichen Folgen dieser sozialen Zustände durch Einrich-

tungen zum Zwecke einer gesunden Ernährung und zweckentsprechenden Pflege der Säuglinge hintanzuhalten.

Eine öffentlich rechtliche Regelung hat diese Art der sozialen Hilfstätigkeit zur Ergänzung des unzulänglichen Familienschutzes noch nicht erfahren, wenngleich die fortgeschrittene soziale Erkenntnis großer Städte zur tatkräftigen Unterstützung dieser Bestrebungen aus öffentlichen Mitteln geführt hat. Ich verweise als Österreicher nur auf das Beispiel der Stadt Wien, welche dem Vereine Säuglingsschutz, welcher seine Entstehung der schöpferischen Initiative des Hofrates Professor Escherich verdankt, zur Förderung der oberwähnten Zwecke des Säuglingsschutzes eine jährliche Subvention von 30.000 *K* gewährt. Auch der sozialen Tätigkeit des Kinderarztes Dr. Siegfried Weiß in Wien ist zu gedenken, welcher mit seiner Milchkassenorganisation die Förderung des Selbststillens bezweckt.

Meine Ausführungen beziehen sich also nicht auf die Einrichtungen der freien sozialen Hilfstätigkeit, welche dem Zustande wirtschaftlicher Bedrängnis der Eltern abhelfen und diesen die Erfüllung ihrer Nähr- und Aufsichtspflicht gegenüber den Kindern zweckentsprechend zu erleichtern suchen. Diese Tätigkeit will die Unzulänglichkeit des Familienschutzes ergänzen, während mein Bericht hauptsächlich mit dem fehlenden Familienschutze unehelicher Kinder und dem durch das Recht sicherzustellenden Ersatze des fehlenden Familienschutzes zu tun hat.

Der unzulängliche Familienschutz, welcher auf die wirtschaftliche Bedrängnis zurückzuführen ist, berührt die Kinder lohnarbeitender Eltern, die mit dem Aufgebote ihrer Kräfte ihre wirtschaftliche Selbständigkeit und Unabhängigkeit von fremder Hilfe behaupten. Begründet aber schon die Unzulänglichkeit des Familienschutzes eine Gefahr für das Kind im allgemeinen, für das Kind im Säuglingsalter im besonderen — die daraus folgende mangelhafte Ernährung und Pflege des Säuglings wird zu einer wesentlichen Ursache der Säuglingssterblichkeit — um wieviel mehr muß erst der völlige Mangel des Familienschutzes verderblich auf die Entwicklung des Kindes einwirken, dessen Sterblichkeit fördern. Dies beweist ja auch die bekannte Tatsache, daß die Sterblichkeit der unehelichen Kinder höher ist als jene der ehelichen.

Mit diesem Zustande mangelnden Familienschutzes unehelicher Kinder verbindet sich zumeist der Zustand armenrechtlicher Hilfsbedürftigkeit.

Die Vormundschaft des unehelichen Kindes soll den mangelnden Familienschutz ersetzen, die armenrechtliche Unterstützungspflicht der Organe der öffentlichen Armenpflege soll der Hilfsbedürftigkeit des armen Kindes abhelfen. Vormundschaft und öffentliche Armenpflege sowie die sanitätspolizeiliche Aufsicht über die in fremder Pflege untergebrachten Kinder sind die Formen des öffentlichen Schutzes und der Fürsorge für uneheliche Kinder. Bevor ich in den Gegenstand des Referates: „Die Fürsorge für die unehelichen Kinder“ selbst eingehe, möge es mir gestattet sein, kurz bei den Aufgaben der öffentlichen Armenpflege im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit armer Kinder zu verweilen. Die

öffentliche Armenpflege hat es mit zwei Kategorien von armen Kindern, mit den sogenannten „mitunterstützten“ und mit den „selbstunterstützten“ Kindern zu tun. Zu den ersteren zählen jene Kinder, welche im Familienverbande leben und in der Person des unterhaltspflichtigen Familienhauptes mit diesem hilfsbedürftig werden, dessen Hilfsbedürftigkeit teilen. Die öffentliche Armenpflege, welche sich mit ihrer Unterstützungspflicht nicht schablonenhaft abfindet, sondern individualisiert, wird in Erfüllung ihrer Unterstützungspflicht bei Gewährung des zum Leben unentbehrlichen Unterhaltes auf die Eigenart der mitzuunterstützenden Kinder Bedacht nehmen und den Kindern im Säuglingsalter jene Pflege und Nahrung zu sichern suchen, deren diese zur Erhaltung ihres zarten Lebens bedürfen[1]). Das aus Armenmitteln unterhaltene elterliche Heim ist der Entwicklung des Kindes wenig günstig. Diese Erkenntnis hat in England zu Poor Law Act 1899 geführt. Das Gesetz räumt den Armenbehörden das Recht ein, armenunterstützten Eltern mit lasterhaften Gewohnheiten und einer zur Erziehung nicht geeigneten Lebensweise, die mitunterstützten Kinder zu entziehen und in den Armenanstalten unterzubringen.

Das selbstunterstützte Kind wird in seiner eigenen Person hilfsbedürftig — zu einem Objekt der öffentlichen Armenpflege. Während diese die tatsächliche Sorge für die Person des Kindes übt, obliegt der Vormundschaft die Pflicht, für das Kind als selbständiges Rechtssubjekt zu sorgen, seine Rechte geltend zu machen, für die Person des Mündels einem Vater gleich zu sorgen und im Falle der Mittellosigkeit die öffentliche Armenpflege in Anspruch zu nehmen. Damit trete ich in den unmittelbaren Gegenstand meines Berichtes: „Die Fürsorge für die unehelichen Kinder“ ein, deren älteste Form „Die Findelanstalt“ ist.

Zunächst beschäftigt uns die Findelanstalt im allgemeinen. Die österreichische Findelanstalt repräsentiert unter den verschiedenen Systemen der Findelpflege einen besonderen Typus. Zu dessen besserem Verständnis sei hier in Kürze auf die geschichtliche Entwicklung der Findelanstalt selbst verwiesen. Dieser Hinweis ist schon zur Erklärung des Vorurteiles, das an dem Namen „Findelanstalt“ haftet, geboten. Damit verbindet sich nur zu häufig noch die aus der Vergangenheit überkommene Vorstellung einer Anstalt, welche pflichtvergessenen Eltern die Überwälzung ihrer Unterhalts- und Erziehungspflichten ermöglicht, unter gleichzeitiger Beraubung der diesen Pflichten entsprechenden Rechte der Kinder.

Die Findelanstalt war in ihren Anfängen die verkörperte Reaktion des Christentums gegen die heidnische Unsitte der Kindesweglegung. Sie war die Sammelstelle für die anderwärts ausgesetzten Kinder. Der römischrechtliche Grundsatz: Infans nondum homo und die schrankenlose Patria potestas ließen nicht einmal den Kindesmord als Verbrechen erscheinen.

---

[1]) Escherich und Reicher, Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Thema zum IV. Internation. Kongresse für öffentliche Armenpflege und Wohltätigkeit in Mailand 1906.

geschweige denn die Kindesweglegung. Die „Drehlade“, welche vom Papste Innozenz III. im 12. Jahrhundert eingeführt wurde, sollte dem Kindesmord vorbeugen. Um das eine Verbrechen zu bekämpfen, förderte und organisierte man das andere Verbrechen: die Kindesweglegung. Die „Drehlade“ war die an der Findelanstalt offensichtlich angebrachte Einladung an gewissenlose Eltern, sich ihrer Kinder zu entäußern. Unbedingte Aufnahme, ohne Rücksicht auf Herkunft und Dürftigkeit, sowie die Anonymität sind die Kennzeichen des romanischen Systemes der Findelpflege. Wie ausgestaltungsfähig aber auch diese ist, beweist die Entwicklung in Frankreich. Ludwig XIV. hatte die Findelanstalt zur Staatsanstalt erhoben, die große Revolution hat die Sorge für die enfants naturels de la patrie als une dette sacrée de la Nation erklärt und selbststillenden Müttern die Unterstützung des Staates zugesichert. Napoleon I. schuf im Jahre 1811 die organischen Grundlagen der Kinderarmenpflege in Frankreich, die einheitlich organisiert unter staatlicher Leitung und Aufsicht in Europa ihresgleichen sucht. Dieses Dekret schuf in dem enfant assisté einen einheitlichen Verwaltungsbegriff für das des öffentlichen Schutzes bedürftige Kind. Der abandon matériel und der abandon moral sind die rechtlichen Titel der Aufnahme. Die Aufnahme des enfant assisté erfolgt nicht mehr mittels der Drehlade, sondern im bureau ouvert als pupille de l'Assistance Publique. Das Hospice dépositaire stellt in jedem Departement die augenblicklich notwendige Hilfe sicher und vermittelt die weitere Fürsorge. Ein eigenes berufsamtliches Organ der Inspecteur départemental du service des enfants assistés ist staatliches Überwachungs- und departementales Vollzugsorgan. Diese Doppelstellung verhindert die Inkongruenz der Selbst- und der Staatsverwaltung. Der service des enfants assistés ist im Laufe der Zeit immer mehr aus einem service hospitalier zu einem service départemental geworden.

Auf Grund der loi 15 pluviôse an XIII oblag dem Hospice des enfants trouvés die Anstaltsvormundschaft über die aufgenommenen Kinder. Heute ist der Inspecteur des enfants assistés gleichzeitig deren Generalvormund. In dem Inspecteur vereinigte man das Sorgerecht und die tatsächliche Sorge für die Person des Kindes. Das französische Recht räumt dem Kinde keinen Unterhaltsanspruch gegenüber dem unehelichen Vater ein. Um so notwendiger die öffentliche Fürsorge für das uneheliche Kind.

Die Findelpflege germanischen Systemes beruht auf den Grundsätzen der modernen Armenpflege. Unterstützung erfolgt erst, wenn die Unterhaltspflicht der Eltern versagt. Bis zur Geltendmachung und Durchsetzung der Kindesrechte bedarf es aber für die Fälle armenrechtlicher Hilfsbedürftigkeit der notwendigen Fürsorge. Das Leipziger System Taube vereinheitlicht Berufsvormundschaft, Ziehkinderaufsicht und öffentliche Armenpflege und ist vorbildlich für die Verwirklichung dieses Systemes.

Die Josefinische Findelanstalt in Österreich ist ein Typus für sich. Kaiser Josef II. gründete die Gebär- und Findelanstalt als „Zufluchtsstätten für gefallene uneheliche Weibspersonen und ihre Leibesfrucht“.

Sie waren in erster Linie Humanitätsanstalten und nicht Armenanstalten und galten dem Schutze der gefallenen Frauen aller Stände. Zu diesem Zwecke bestand eine Zahl- und eine Gratisabteilung. Die Geheimhaltung der Mutterschaft war grundlegendes Prinzip. Dieses hatte zur Folge, daß der rechtliche Anspruch des Kindes gegenüber Mutter und unehelichem Vater nicht geltend gemacht, diese von der im a. b. Gesetzbuche begründeten Unterhalts- und Erziehungspflicht befreit waren.

Kaiser Josef — gleichzeitig der Reformator des Armenwesens in Österreich — schaltete wohlweislich die Findelpflege aus diesem aus. Er schuf die Findelanstalt als Staatsanstalt. Mit dem Inslebentreten der Verfassung wurde sie Landessache. Die Sorge der Länder für Entlastung ihrer Finanzen war zumeist größer als die Sorge um das Los der Kinder. Die Landesautonomie kam in den meisten Ländern in der Aufhebung der eigenen Findelanstalten zum Ausdruck. Nur die Anstalten in Wien und Prag entgingen diesem Schicksal. Etwas Besseres trat nicht an die Stelle. Hatte der Staat die Versorgungslast auf die Länder überwälzt, so überwälzten jetzt die Länder die Last auf die Gemeinden.

In Österreich nahm die Entwicklung der Findelanstalt also einen ganz entgegengesetzten Verlauf, wie in Frankreich. Das Reichsgesetz von 1868 verpflichtete die Heimatländer zum Verpflegskostenersatz an fremde Anstalten, sofern diese ihre landesangehörigen Kinder nicht aus der Versorgung der fremden Anstalt abberiefen. Damit wurde das Heimatrecht der Mutter zur Voraussetzung der Findelversorgung des Kindes. Dies bedeutet eine Bresche nicht nur in das Prinzip der Anonymität, sondern auch in jenes der einheitlichen Behandlung des Findelkinder. An ihre Stelle trat ein System des länder- und gemeindeweisen Hin- und Herbeförderns der Kinder auf Kosten ihrer Gesundheit und mit Gefahr ihres Lebens. Von nun an stand nicht mehr die Tatsache der Hilfsbedürftigkeit, sondern die Frage des Heimatrechtes, das ein deutscher Schriftsteller die „Schubbenifiaenz", d. h. die Schubwohltat, genannt hat, in vorderster Linie. Bis es zum Transport in die Heimatgemeinde kommt, dient die Findelanstalt als Hilfseinrichtung der Armenbehörde der Aufenthaltsgemeinde zur einstweiligen Pflege der heimatfremden Kinder. Diese hat in Wien einen Umfang angenommen, welcher den Betrieb der Findelanstalt im Sinne ihrer eigentlichen Zweckbestimmung beeinträchtigt und gefährdet.

Die Verländerung der Findelanstalt bedeutete aber auch eine wesentliche Neuerung im Verhältnisse der Anstalt zu Mutter und Kind. Die Gegenleistung der Mutter für die Findelversorgung ihres Kindes bildete deren Verwendung zum geburtshilflichen Unterricht in der Gebäranstalt und deren viermonatlicher Ammendienst in der Findelanstalt. Solange Gebär- und Findelanstalt im Staatsbetriebe waren, lag darin die Gewähr für die Leistung der Findelanstalt. Heute hängt die Findelversorgung nicht mehr von der Anstalt, sondern von dem autonomen Ermessen des Heimatlandes ab.

Der Ammendienst bildet einen wesentlichen Bestandteil im Betriebe der Josefinischen Findelanstalt, für welchen nur ein geringer Bruchteil, nämlich die als stillfähig erprobten Wöchnerinnen der Gratisabteilung der Gebäranstalt aufkommen. Im Jahre 1903 wurden von 5696 Wöchnerinnen in der Wiener Findelanstalt nur 843, also 14%, als Ammen zurückbehalten und von dem Gesamtammenstande des Jahres 1903 mußten zwei Drittel der Ammen noch vor Ablauf des viermonatlichen Ammendienstes — größtenteils wegen eingetretener Untauglichkeit — entlassen werden. Wöchnerinnen der Zahlabteilung trifft überhaupt von vornherein keine Stillverpflichtung. In Prag ist die Pflicht zum Ammendienst durch Entrichtung einer Auskaufstaxe von 31 Kronen ablösbar. So sehr auch einer solchen Stillverpflichtung aus dem allgemeinen Rechte des Kindes auf Ernährung an der Mutterbrust das Wort zu reden ist, so sehr widerspricht das Statut einer Säuglingsanstalt, welche eine so verschiedene Behandlung der Mütter, je nach deren Zahlungsfähigkeit, zuläßt, dem sozialen Empfinden und dem rechtlichen Bewußtsein der Gegenwart.

Die Findelanstalt soll nur für kranke und lebensschwache Säuglinge ein Säuglingsspital, für die gesunden Kinder eine Durchgangsstelle sein, von der aus sie zur Vermeidung jeder Anhäufung — eine Hauptursache der großen Anstaltssterblichkeit — so rasch als möglich in einer verläßlichen, angemessen entlohnten und ständig durch geschulte Aufsichtsorgane überwachten Außenpflege zerstreut werden.

Die Geschichte der Prager Anstalt zeigt in der enormen Sterblichkeit in der Epoche von 1857 bis 1863 die Folgen der Anhäufung von Säuglingen in der Anstalt.

Infolge eines Machtspruches wurden vom Jahre 1857 angefangen, wie uns Dr. Epstein (Studien zur Frage der Findelanstalten, Prag 1882) berichtet, die Verpflegskosten der Anstalt hauptsächlich nach den Verpflegstagen der Kinder und nicht der Ammen berechnet und vergütet. Dieser Verrechnungsmodus hatte zur Folge, daß es im Interesse der Anstaltsregie gelegen war, möglichst wenig Ammen und viele Kinder im Stande zu führen, Ammen zu entlassen und Kinder zu behalten. Die Reaktion auf diese Überfüllung der Anstalt äußerte sich sofort ziffermäßig wie folgt: während die Anstaltsmortalität im Jahre 1856 noch 27·7% des Zuwachses betrug, stieg sie im Jahre 1857 bereits auf 41·7%, und im Jahre 1862 bis zur Höhe von 66·3%. Die hohe Sterblichkeit war eine Hauptwaffe im Kampfe gegen die Findelanstalt. Doch erwies sich diese als stumpf, denn die Reformen auf dem Gebiete der Anstaltshygiene drückten die Sterblichkeitsziffer der Anstalt bereits im Jahre 1864 auf 31%, im Jahre 1865 auf 22%, im Jahre 1880 auf 15·7% und im Jahre 1881 auf 10·5% des Zuwachses herab. Gleichzeitig ging aber auch die Sterblichkeit der Findelkinder in der Außenpflege herab.

Bei der Kritik der Findelkindersterblichkeit darf übrigens nie vergessen werden, daß die überwiegende Mehrzahl der Findelkinder von Müttern stammt, die in ihrer hilflosen Lage eben keine andere Zufluchtstätte haben, als die öffentliche Gebäranstalt. Gilt schon bei unehelichen

Kindern der Satz, daß schon im Mutterleibe die Wahrscheinlichkeit auf Erhaltung geringer ist — die Zahl der Todgeburten bei unehelichen Kindern ist doppelt so groß als bei ehelichen Kindern — so gilt dieser Satz um so mehr bei den Findelkindern. Mit Recht bezeichnet Dr. Wittschieben in einer unlängst erschienenen sehr beachtenswerten Schrift: „Das Findelwesen in Steiermark"[1]) die Tatsache, daß das Niveau der Sterblichkeit der Findelkinder mit dem allgemeinen Sterblichkeitsniveau der unehelichen Kinder im Lande in Einklang gebracht wurde, als einen Beweis des Erfolges, den die Findelanstalt in Steiermark zu verzeichnen hat. Die wesentliche Voraussetzung einer einwandfreien Pflege bildet eine derartige Bemessung des Pflegegeldes, daß dieses als ein entsprechendes Entgelt des tatsächlichen Aufwandes an Geld, Zeit und Mühe, welchen die Pflege den Pflegeparteien verursacht, erscheint. Der Ersatz dieses vollen Aufwandes erscheint aus dem Grunde geboten, weil man von den Pflegeparteien keinen Akt der Wohltätigkeit für das von ihnen in entgeltliche Pflege übernommene Kind verlangen kann. Auch die Aufsicht der Pflege der Findel- wie auch der Kost- und Haltekinder muß ihren Zweck — die Sicherstellung einer einwandfreien Pflege — verfehlen, wenn deren Gegenleistung in Geld in einem unzulänglichen Ausmaße bemessen ist.

Die gegenwärtigen Pflegegelder der niederösterreichischen Landesfindelanstalt, welche auch der steiermärkischen Findelanstalt zum Vorbilde dienten und 12 Kronen pro Monat im ersten, 10 Kronen pro Monat im zweiten Lebensjahre, 8 Kronen pro Monat für die übrige Zeit der Findelverpflegung ausmachen, werden mit Rücksicht auf die allgemeine Teuerung dieser grundsätzlichen Forderung nicht mehr gerecht, wie dies auch der Jahresbericht der niederösterreichischen Landesfindelanstalt mit Recht betont.

Die mehr als hundertjährige Geschichte der Wiener Findelanstalt hat wertvolle Erfahrungen betreffend die Höhe des Pflegegeldes zu verzeichnen. Direktor Dr. Friedinger hat in einer Denkschrift über die Wiener Gebär- und Findelanstalt anläßlich des hygienischen Kongresses in Wien im Jahre 1887 übersichtlich die Schwankungen des Sterblichkeitsprozentes der Findlinge seit der Begründung der Anstalt im Jahre 1784 dargestellt und darin veranschaulicht, wie die Sterblichkeit bis 1811 allmählich stieg, seit der Erhöhung des Pflegegeldes im Jahre 1811 bis zum Jahre 1829 beständig fiel, wie die Herabsetzung des Pflegegeldes im Jahre 1829 von einem allmählichen Steigen der Sterbezahl bis zum Jahre 1866 begleitet war, während die Erhöhung der Verpflegsgebühr im Jahre 1875 ein allmähliches Sinken der Sterbezahl zur Folge hatte. Aus dieser hundertjährigen Übersicht läßt sich der Erfahrungssatz ableiten, daß die Kindersterblichkeit in der Wiener Findelanstalt zur Höhe des Pflegegeldes in einem umgekehrten Verhältnisse steht, das heißt, daß die

[1]) XVII. Heft der statistischen Mitteilungen, Graz 1907.

Sterbeziffer sinkt, wenn das Pflegegeld steigt und daß die Sterbeziffer in die Höhe geht, wenn das Pflegegeld heruntergeht.

Die Organisation der Außenpflege, die Ermittlung und Inaugenscheinhaltung der Pflegeparteien bildet einen weiteren Bestandteil der Findelpflege. In Prag erfolgt die Prüfung der Pflegemütter auf den Milchgehalt und ihre Eignung als Brustpartei. Solche werden bevorzugt und sind dort reichlich vorhanden.

Die schwachen Kinder der Wiener Anstalt werden gleichfalls an Brustparteien — soweit solche verfügbar sind — hinausgegeben. Die Eignung der Pflegepartei zur Übernahme von Kindern in entgeltliche Pflege wird auf Grund der josefinischen Vorschriften von der geistlichen und weltlichen Ortsbehörde bestätigt.

Eine Partei, bei welcher das letzte Findelkind gestorben ist, wird nur dann berücksichtigt, wenn keine andere geeignete Pflegepartei verfügbar ist. Gegenden mit schlechten Pflegeverhältnissen sind von der Außenpflege der Findelanstalt ausgeschlossen.

Die Wiener Findelanstalt ist die größte Anstalt im Reiche. Sie zählte mit Ende 1906 zu ihrem Verbande gehörige Kinder insgesamt 20,176.

In auswärtiger Pflege standen: 1741 Kinder bei ihren Müttern oder mütterlichen Blutsverwandten, 7008 bei fremden Pflegefrauen in Niederösterreich, der Rest von 11.258 Kindern befand sich bei fremden Pflegeparteien, hauptsächlich im südlichen Böhmen, in Steiermark und den westlichen Komitaten Ungarns.

Besondere Erwähnung verdient die örtliche Organisation der Außenpflege der Wiener Findelanstalt. Zu diesem Zwecke wird diese räumlich abgegrenzt (Findelkinderkolonien) und die innerhalb der abgegrenzten Gebietsteile in Pflege befindlichen Findelkinder beziehungsweise deren Pflegeparteien der Aufsicht eines Koloniesekretärs unterstellt, welcher den ganzen geschäftlichen Verkehr mit der Anstalt vermittelt, während die Koloniеärzte beziehungsweise die Findelkinderärzte gegen ein Pauschale die Behandlung erkrankter Findelkinder übernehmen. In Niederösterreich bestehen außerdem Landeskinderheime für 20—30 Findelkinder beiderlei Geschlechtes unter der Obhut eines kinderlosen Ehepaares.

In diesen werden deutsche Kinder, welche in Ermanglung deutscher Pflegeparteien sonst an solche slawischer Nationalität abgegeben werden müßten, untergebracht und damit vor Entnationalisierung bewahrt.

In diesem Sommer erfolgte zur Feier des Kaiserjubiläums die feierliche Grundsteinlegung eines Landes-Zentralkinderheimes in Wien.

Die steiermärkische Landesfindelanstalt hat hinsichtlich der Innenpflege eine von der Wiener und Prager Anstalt etwas abweichende Organisation erfahren.

Während die Innenpflege der Findelanstalt in Wien und Prag Durchgangsstelle für gesunde, in die Außenpflege abzugebende Kinder und gleichzeitig Säuglingsspital für die kranken und lebensschwachen Kinder ist, hat die Landesfindelanstalt in Graz — dank der schöpferi-

schen Mitwirkung des Herrn Hofrates Professor Escherich — folgende Organisation erhalten: Zunächst besteht im Anschlusse an die Gebäranstalt ein Depot, in welches die gesunden, für die Außenpflege bestimmten Kinder abgegeben werden. Kranke, krankheitsverdächtige und lebensschwache Säuglinge werden auf Grund eines Übereinkommens mit dem Annen-Kinderspitale in Graz in dieses abgegeben, woselbst dieselben unter der Leitung des jeweiligen Leiters der Universitätsklinik von Kinderärzten ärztlich behandelt und von einem geschulten Pflegepersonale gepflegt werden, bis sie zur Abgabe in die Außenpflege geeignet sind.

An dieses Säuglingsspital wurde unter derselben Leitung eine besonders organisierte Außenpflege angegliedert, welche über besonders erprobte, zur Krankenpflege geeignete, sogenannte „Musterparteien" verfügt.

Die erkrankten Säuglinge werden im Spitale nur solange zurückgehalten, als es die Art der Behandlung und die Gefahr der Ansteckung unbedingt erfordert. Sie werden, sobald ihr Zustand es gestattet, zu den „Mutterparteien" in häusliche Pflege hinausgegeben und verbleiben dort, falls keine Verschlimmerung eintritt, unter genauester ärztlicher Überwachung, bis sie der Direktion der Findelanstalt als genesen zurückgestellt werden.

Diese Musterparteien sind besonders bewährte Pflegeparteien und beziehen erhöhte Pflegegebühren; für die Zeit aber, in der sie keine Pfleglinge zugewiesen erhalten, Wartegelder.

Die Findelpflege schließt mit dem Findlingsnormalalter ab. Dieses ist in den einzelnen Findelanstalten verschieden. In Wien dauert die Findelversorgung 10, in Prag 6 und in Graz 2 Jahre. In Wien und Prag geht die Findelpflege des Landes nach Ablauf des Normalalters in die öffentliche Armenpflege der Gemeinde über, sofern die Mutter nicht früher für ihr Kind Vorsorge getroffen hat. Ein organischer Zusammenhang zwischen beiden Versorgungsarten besteht — außer in Steiermark — nicht. Die Gemeinde wird sonst ganz unvermittelt vor die Aufgabe der Versorgung eines ihr bisher fremden Kindes gestellt. Das Gutachten von Böhmen zum I. österreichischen Kinderschutzkongresse 1907 erwähnt den Umstand, daß bei slawischen Pflegeparteien aufgezogene Kinder ihrer deutschen Heimatsgemeinde auch sprachlich entfremdet werden.

Fräulein Lydia v. Wolfring berichtet von der Entfremdung der Findelkinder, welche zur Mutter zurückkehren und dort als unbequeme Geschöpfe und als Erinnerung an den begangenen Fehltritt mit Vorliebe Gegenstand liebloser Behandlung und Mißhandlung werden. Je länger die Findelversorgung dauert und je weniger die Mutter während derselben für das Kind zu sorgen hatte, desto mehr lockert sich das Band, welches Mutter und Kind verbindet, desto größeren Fortschritt macht die Entfremdung.

Die letztere Erwägung war für die Herabsetzung des Findlingsnormalalters der steiermärkischen Landesfindelanstalt mitbestimmend.

Die wesentliche Neuerung der steiermärkischen Landesfindelanstalt, welche im Jahre 1898 aus Anlaß des 50jährigen Regierungsjubiläums

des Kaisers im Zusammenhange mit der Reform der Kinderarmenpflege des Landes und als ein Bestandteil derselben wiedererrichtet wurde, bestand in der Rechtsschutzabteilung, welche dem Erbfehler der Josefinischen Findelanstalt: der Rechtlosigkeit des Findelkindes, ein Ende setzen sollte.

Der rechtskundige Findelanwalt sorgt dafür, daß der Zusammenhang zwischen Kind und Kindeseltern aufrechterhalten bleibt; er macht den Alimentationsanspruch des Kindes geltend, stellt die Vaterschaft fest, klagt nötigenfalls den Vater und mahnt die Mutter, wenn sie ihre Sorgepflicht vergessen sollte. Die Tätigkeit der Rechtsschutzstelle der steiermärkischen Landesfindelanstalt in Graz hat die eine Tatsache zur vollen Klarheit festgestellt, daß das uneheliche, in Findelversorgung stehende Kind sich im Zustande armenrechtlicher Hilfsbedürftigkeit befindet. Die wenigen Ausnahmen bestätigen nur die Regel.

Die Erfahrung der Rechtsschutzstelle geht nämlich dahin, daß die von den unehelichen Eltern geleisteten Beiträge nur in den seltensten Fällen ausreichten, die von Landeshilfe unabhängige Versorgung des Kindes zu sichern. Nach Wittschieben wurden Beiträge für 1349 Findelkinder geleistet, und zwar in 789 Fällen vom unehelichen Vater, in 553 Fällen von der unehelichen Kindesmutter. In 819 Fällen konnten vom unehelichen Vater, in 796 Fällen von der unehelichen Mutter kein Beitrag erzielt werden.

Daraus ergibt sich als Schlußfolgerung, daß für die Versorgung des unehelichen Kindes die Inanspruchnahme der öffentlichen Armenpflege rechtlich und tatsächlich begründet ist.

Für die steiermärkische Findelanstalt, welche mit der Gebäranstalt in unmittelbarer Verbindung steht, erklärt sich diese Tatsache aus dem bereits vorhin erwähnten Umstande, daß die materiell und sozial günstig gestellten Kindesmütter die Findelanstalt überhaupt nicht in Anspruch nehmen. Das größte Kontingent stellen die landwirtschaftlichen Dienstboten, und zwar 386 von 1000; diesen zunächst kommen die städtischen Dienstboten: 317 von 1000, dann die gewerblichen Hilfsarbeiterinnen: 112 von 1000 und endlich die Taglöhnerinnen und Haustöchter: je 50 von 1000.

Von den Müttern suchen überhaupt nur jene zur Entbindung die öffentliche Gebäranstalt auf, welche einen andern Zufluchtsort zur Niederkunft nicht aufsuchen können, keinen Rückhalt in dem eigenen Haushalte haben und die Mittel zur Inanspruchnahme von Privatentbindungsanstalten nicht besitzen.

Die Schwangerschaft und Niederkunft begründen nun eine zweifache Hilfsbedürftigkeit der Mütter, welche zumeist Dienstboten sind.

Die Schwangerschaft führt zur Kündigung des Dienstpostens und zur Stellenlosigkeit. Nachdem die Mutter nach der Niederkunft gezwungen ist, zum Zwecke des eigenen und des Kindes Unterhalt so schnell als möglich einen Dienstposten anzutreten, das neugeborene Kind auf diesen aber nicht mitnehmen kann, ergibt sich für Mutter und Kind nach der Niederkunft ein weiterer Zustand der Hilfsbedürftigkeit.

Der Hinweis auf den Alimentationsanspruch des Kindes gegenüber dem Vater ist ohne Geltendmachung der Kindesrechte durch eine wirksame Vormundschaft von geringem praktischen Werte.

Die öffentliche Armenpflege der Gemeinde ist in der Regel nicht geneigt, die armenrechtliche Hilfsbedürftigkeit des unehelichen Kindes, dessen Mutter erwerbstätig ist, anzuerkennen. So ist die uneheliche Mutter mit der Sorge für das Kind auf sich selbst gestellt und benötigt, dasselbe so schnell wie möglich bei einer Pflegepartei unterzubringen und bei deren Auswahl mit Rücksicht auf ihr unzulängliches Einkommen auf die billigste Pflegepartei angewiesen.

Diesem Zustande zweifacher Hilfsbedürftigkeit gegenüber erscheinen die Gebär- und Findelanstalten als eine im hohen Maße zweckmäßige Schutz- und Fürsorgeeinrichtung für die ärmsten und schwächsten Kinder und ihre Mütter.

Das Land trägt in den ersten zwei Jahren die Kosten der Findelversorgung des Kindes allein und macht die notwendige Fürsorge von finanziellen Bedenken und Erwägungen der Gemeinde unabhängig. Das Land Niederösterreich ist inzwischen dem Vorbilde Steiermarks in Errichtung einer Rechtsschutzabteilung ihrer Landesfindelanstalt gefolgt. In Böhmen sind gleichfalls Bestrebungen, welche auf den Rechtsschutz der Findelkinder abzielen, tätig.

Es erscheint mir aber als eine ganz selbstverständliche Schlußfolgerung der Geltendmachung des Rechtes des Kindes auf Unterhalt durch die Rechtsschutzabteilung der Landesfindelanstalten, daß der hierdurch bewirkte finanzielle Erfolg in allererster Linie den Findelkindern und der Verbesserung ihrer Lebensverhältnisse durch Erhöhung der Verpflegsgebühren zugute komme und daß die Pflegegelder in einer Weise erhöht werden, daß sie den zum Leben notwendigen Aufwand an Pflegekosten decken.

Vom zweiten Lebensjahre an bis zum Eintritte der Selbsterwerbsfähigkeit beteiligt sich das Land Steiermark finanziell an der Armenkinderpflege der Gemeinden unter der Voraussetzung, daß die Aufsicht ein befriedigendes Ergebnis hatte.

Die steiermärkische Findelanstalt verdankt ihre Wiedererrichtung der Erkenntnis der unhaltbaren Zustände, welche an die Stelle der im Jahre 1871 aufgehobenen alten Findelanstalt getreten sind. Eine unzulängliche Armenpflege und ein unkontrolliertes Kostkinderwesen! Dabei kam das Kind nach Aufhebung der Findelanstalt auch nicht zu seinem Rechte. Diese Aufhebung hatte aber das Gute, daß das Land von Grund auf neu aufbauen konnte und die in einem Vierteljahrhundert seit der Aufhebung gewonnenen Erfahrungen der Reform zugrunde legen konnte. Die neue Findelanstalt in Steiermark sichert durch ihren Anschluß an die Gebäranstalt wie die Wiener und Prager Findelanstalt die Säuglingsfürsorge an dem Orte, wo das Bedürfnis zutage tritt und sich häuft und verbürgt durch die Vormundschaft die Geltendmachung der Rechte der

Findelkinder. Eine solche Findelanstalt gehört der Findelpflege germanischen Systems an.

Wenn das Land Steiermark für diese Einrichtung der öffentlichen Armenpflege trotzdem die Bezeichnung „Findelanstalt“ wählte und mit dieser das aus der Vergangenheit überkommene, an dem Namen haftende Vorurteil mit in den Kauf nahm, so geschah dies mit Rücksicht auf das erwähnte Reichsgesetz von 1868, welches den „Findelanstalten“ den Verpflegskostenersatz für landesfremde Kinder durch die Heimatländer sichert. Dieses Reichsgesetz bildet neben der Berufsvormundschaft die finanzielle Grundlage der Anstalt.

Die Findelanstalt als eine Säuglingsanstalt für das uneheliche, in der Gebäranstalt geborene Kind ist aber nur ein Teil der Kinderfürsorge, welche alle schutz- und hilfsbedürftigen, somit alle anderen unehelichen Kinder zu umfassen hat. Um diese Fürsorge nach der rechtlichen, wie nach der persönlichen Seite hin wirksam zu gestalten, bedarf es der einheitlichen Berufsvormundschaft und einer Reform der öffentlichen Armenpflege.

Die Unzulänglichkeit der ehrenamtlichen Einzelvormundschaft für mittellose Kinder kann, ebensowohl für das Deutsche Reich als auch für Österreich, als eine notorische Tatsache angenommen werden.

Im Deutschen Reiche hat Art. 136 des Einführungsgesetzes zum bürgerlichen Gesetzbuche die reichsrechtliche Grundlage für die landesgesetzliche Ausgestaltung der Berufsvormundschaft geschaffen. Sie erscheint als Anstaltsvormundschaft und als Generalvormundschaft der Armenämter, und zwar letztere teils mit der Beschränkung auf armenunterstützte Kinder, teils, dem Vorbilde der Stadt Leipzig folgend, als Generalvormundschaft in Verbindung mit der Ziehkinderaufsicht über alle unehelichen Kinder — gleichviel ob bei der eigenen Mutter oder in fremder Pflege, gleichviel ob armenunterstützt oder nicht — sowie über die armenunterstützten ehelichen Mündel.

Der Deutsche Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit hat auf seiner Tagung in Eisenach 1907 die Notwendigkeit betont, die ehrenamtliche Vormundschaft durch ein System beruflicher Vormundschaft zu ergänzen.

Daneben haben in Ländern, welche von diesem reichsgesetzlichen Vorbehalte noch nicht Gebrauch gemacht haben, die Fürsorgeorganisationen (Verein und Anstalt) im Wege der Sammelvormundschaft den Weg der Selbsthilfe betreten.

In der Person eines Funktionärs dieser Organisationen werden die vom Gerichte bestellten Einzelvormundschaften gehäuft.

In Österreich bestand die Anstaltsvormundschaft der Direktion der Findelanstalt. Die Geltendmachung der Rechte lag aber bis zur Wiedererrichtung der steiermärkischen Landesfindelanstalt mit ihrer Rechtsschutzabteilung nicht im Wirkungskreise dieser Anstaltsvormundschaft.

Die Berufsvormundschaft entbehrt im übrigen in Österreich noch der gesetzlichen Grundlage. Doch nimmt der von der Regierung im

Reichsrat eingebrachte Entwurf eines Nachtraggesetzes zum allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuche die einheitliche Organisation der Generalvormundschaft in Verbindung mit der Ziehkinderaufsicht in Aussicht.

Innerhalb jedes Gerichtsbezirkes sind Vormundschaftsräte zu bilden, denen die Generalvormundschaft über mittellose Pflegebefohlene und die Ziehkinderaufsicht übertragen werden kann.

Während im Deutschen Reiche die entgeltliche fremde Kinderpflege auf Grund der Gewerbeordnung nicht zu den freien Gewerben zählt, sondern auf gesetzlicher Grundlage (Hessen) beziehungsweise in den anderen Staaten durch Polizeiverordnung geregelt erscheint, ist die Aufsicht über die fremde, entgeltliche Kinderpflege in Österreich nur in Steiermark durch ein Kinderschutzgesetz näher geregelt.

In den übrigen Ländern führen die Amtsärzte der politischen Behörden und die Gemeindeärzte die Überwachung über die Kost- und Haltekinder innerhalb ihres allgemeinen sanitätspolizeilichen Wirkungskreises.

Das Kinderschutzgesetz in Steiermark vom 4. September 1896 macht die Pflege von Kindern gegen Entgelt von einer gemeindeämtlichen Befugnis abhängig. Diese wird nur unter der Voraussetzung erteilt, daß die Pflegepartei den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Diese darf selbst nicht in Armenversorgung stehen, nicht siech und mit ansteckenden Krankheiten behaftet, noch in moralischer Hinsicht (wie Trunksucht, Unsittlichkeit u. dergl.) zu beanständen sein, einen festen Wohnsitz und eine gesundheitlich geeignete Wohnung und außer dem Pflegegelde noch ein anderes Einkommen haben.

Das Gesetz sieht die Insichthaltung und ständige Überwachung der meldungspflichtigen Pflegeparteien — auch durch ärztlichen Besuch — vor. Bei grober Vernachlässigung der Pflege erfolgt die Entziehung der Pflegebefugnis.

Das Gesetz nimmt weiter für die gute Pflege belobende Anerkennungen und Belohnung in Geld in Aussicht. Übertretungen des Gesetzes werden mit Strafe bedroht.

Der Landesausschuß verfügt über ein eigenes berufsamtliches Aufsichtsorgan, welches, im St. Anna-Kinderspitale geschult, in seiner jahrelangen Übung die sachliche Eignung erlangt hat, die Pflege der auf Grund dieses Gesetzes untergebrachten Kinder (darunter auch die Findelkinder) zu überwachen, Vernachlässigung in der Pflege aufzudecken und zum Anlasse anderweitiger Vorkehrungen zu machen.

Die Berufsvormundschaft soll außer der Geltendmachung der Rechte die Sorge für die Person des Kindes üben. Das kann sie aber bei Kindern im Säuglingsalter nur unter Mitwirkung von Ärzten und geschulten Pflegerinnen, welche Ernährung und Pflege der unehelichen Kinder überwachen.

Erfordert also die Berufsvormundschaft nach dieser Seite schon eine Ausgestaltung durch Sicherstellung ärztlicher Mitwirkung, so erscheint sie aber auch noch nach einer andern Seite ausgestaltungsbedürftig. Es

hat nämlich der Berufsvormund auch den Anforderungen juristischer, erziehlicher und volkswirtschaftlicher Natur, zu entsprechen, wenn er seinen Aufgaben: Geltendmachung der Rechte, Erziehung und Leitung der Berufswahl entsprechen will.

Die Berufsvormundschaft hat sich hauptsächlich für die Bevormundung mittelloser Pflegebefohlenen als notwendig erwiesen.

Dieser Zusammenhang macht eine Verbindung der Berufsvormundschaft mit der öffentlichen Armenpflege, auf welche bei deren Reform Bedacht zu nehmen ist, notwendig.

Das Bedürfnis nach einer Reform der Armenpflege besteht sowohl im Deutschen Reiche als in Österreich. Als ich im Sommer dieses Jahres am Fürsorgeerziehungstage in Straßburg i. E. einen vielerfahrenen und um die Kinderfürsorge hochverdienten Mann, Prof. D. Klumker, ausrufen hörte: „Es ist eine Schande, daß sich im Deutschen Reiche niemand um die armen Kinder in den kleinen Gemeinden kümmert!“ . . . dachte ich mir: Bei uns in Österreich ist es nicht anders. Hierzulande ist das Gottvertrauen der Menschen so groß, daß man die Aufsicht über die armen Kinder zumeist dem lieben Herrgott überläßt.

Verschiedene Kundgebungen des Deutschen Vereines für Armenpflege und Wohltätigkeit haben übrigens in dieser Beziehung das Reformbedürfnis der öffentlichen Armenpflege für das Deutsche Reich anerkannt. Die offizielle preußische Fürsorgeerziehungsstatistik spricht es klar und deutlich aus, daß die Armenpflege ihrer Aufgabe nicht gerecht wird. Insbesondere tut es nach meiner Erfahrung not, den gesetzlichen Umfang der Unterstützungspflicht der Armenverbände und Gemeinden nach der erziehlichen Seite hin näher und klarer zu umschreiben. Soweit es den Gegenstand dieses Vortrages berührt, empfiehlt sich dem Vorbilde des steiermärkischen Landesarmengesetzes vom 27. August 1896, §§ 1 u. 3, zu folgen und von Reichsgesetzes wegen klar zum Ausdruck zu bringen, daß der unentbehrliche Lebensunterhalt eines Kindes auch die notwendige Gesundheitspflege in sich begreife. Was hilft aber die armenrechtliche Pflicht der Gemeinden, wenn diese leistungsunfähig sind. Es ist ein Grundirrtum des Gesetzes, die Kinderfürsorge als Angelegenheit des örtlichen Interessenkreises, ausschließlich der Selbstverwaltung der Gemeinde überantwortet zu haben. Das arme Kind gilt der kleinen Gemeinde als Kostenerreger und daher als Gemeinschädling. Das Interesse der Gemeinde an der Kinderfürsorge läßt sich in die vier Worte zusammenfassen: „So billig als möglich.“

Schon der Sprachgebrauch bezeichnet das arme Kind als „der Gemeinde zur Last fallend“, dem entspricht seine Behandlung. Auf allen Gebieten der öffentlichen Verwaltung besorgt eine stattliche Anzahl von Inspektoren die Aufsicht. Die Armenaufsicht ist gleich Null! Der ehrenamtliche Einzelvormund, der berufene Anwalt der Kinder der besitzlosen Volksklassen, versagt bei mittellosen Mündeln. Somit erscheint der Ausspruch, daß sich in der großen Mehrzahl der Gemeinden niemand um die armen Kinder kümmert, tatsächlich begründet. Die Selbstverwaltung

entartet auf diese Art nur zu leicht zu Selbstherrlichkeit und Selbstwillkür. Die großen Parteien stehen teilnahmslos dem Elende der armen Kinder gegenüber. Staunend fragt man sich, wie denn im Zeichen des allgemeinen Wahlrechtes die Vertreter der breiten Volksmassen dieser systematischen Vernachlässigung der armen Kinder ruhig zusehen und sich nicht wie ein Mann gegen die Überwälzung einer so ernsten und verantwortungsvollen, Volkswohlfahrt und Staatswohl so nahe berührenden Aufgabe auf die schwachen Schultern der Gemeinden auflehnen?

Das verbrecherische Kind hat das Interesse der Allgemeinheit für sich. Das Verbrechen an Kindern führte zur Findelanstalt, das Verbrechen der Kinder zur Fürsorgeerziehung. Kennzeichnend für den Stand der Dinge und aus diesem Zusammenhang erklärlich ist es, daß man in rückständigen Staaten sich Jugendfürsorge ohne Strafrichter überhaupt nicht denken kann. Als ob es nur ein Recht des Staates auf Strafe, nicht aber auch ein Recht des Kindes auf Erziehung gäbe!

Das Problem des straffälligen Kindes steht gegenwärtig in dem Vordergrunde, alles andere tritt in den Hintergrund. Mit Recht begeistert man sich auch in Europa für die Jugendgerichte Amerikas.

Dabei verliert man den wesentlichen Unterschied Amerikas und der germanischen Staaten Europas aus den Augen.

In diesen besteht seit alters her eine oberste Schutzgewalt für die Minderjährigen: die staatliche Obervormundschaft. Wir brauchen mit unserer Fürsorge daher nicht zu warten bis das Kind straffällig geworden ist, sondern diese Fürsorge kann sich vielmehr vom Tage der Geburt an verwirklichen in dem Rechte eines jeden Kindes auf Erziehung und in seinem Schutze durch das öffentliche Recht.

Die soziale Massenerscheinung der Kindersterblichkeit und der Kinderverwahrlosung mahnen dringend zu einer Hilfe zu rechter Zeit. Dieser Ruf nach Hilfe wendet sich an die öffentliche Meinung und durch diese an alle, welche zur Mitwirkung bei der Hilfe berufen sind: an die großen Parteien, an Gesetzgebung und Verwaltung. Hoffentlich dringt dieser Ruf auch bis zur Regierung, welche die Bedürfnisse des Volkslebens wahrzunehmen und zu ihrer Abhilfe die Richtung zu geben hat.

Die Leitsätze beziehen sich auf die Organisation der Grundlage einer zweckentsprechenden Pflege und Erziehung der unehelichen Kinder.

Sie knüpfen an Bestehendes an und bewegen sich im Rahmen des Durchführbaren.

Die Leitsätze lauten:

Für die unehelichen Kinder ist ein wirksamer Ersatz des Familienschutzes durch die Berufsvormundschaft anzustreben. Mit dieser ist die ärztliche Aufsicht zu verbinden.

Es empfiehlt sich, in dem deutschen Reichsgesetze, betreffend den Unterstützungswohnsitz, und in dem österreichischen Heimatgesetze in unzweideutiger, klarer Weise zum Ausdruck zu bringen, daß unter dem zu entrichtenden Lebensunterhalte auch die der Gesundheitspflege entsprechende Ernährung und Körperpflege des armen Kindes zu verstehen ist,

und daß somit die Armenverbände beziehungsweise die Gemeinden zu einer solchen verpflichtet sind.

Die Gemeinden und Ortsarmenverbände — mit Ausnahme der großen Städte — sind in der Regel zur Bewältigung einer so schwierigen und verantwortungsvollen, Volkswohlfahrt und Staatswohl so nahe berührenden Aufgabe, wie es die Pflege und Erziehung von Kindern ist, nicht geeignet.

Die Fürsorge für arme Kinder ist daher den kleinen leistungsunfähigen Verbänden abzunehmen und größeren Verbänden zu übertragen und im Wege einer wirksamen Aufsicht sicherzustellen.

Benutzte Literatur.

Die Literatur betreffend das Findelwesen, Vormundschaft, Obervormundschaft, Generals- und Berufsvormundschaft, Zieh- und Haltekinder sowie betreffend die öffentliche Armenpflege, findet sich in:

Bibliographie der Jugendfürsorge. III. Teil, 2. Bd. von „Die Fürsorge für die verwahrloste Jugend" von Dr. Heinrich Reicher. Wien, Manzsche Hof- und Verlagsbuchhandlung.

Soweit es sich um die tatsächlichen Zustände handelt, auf welche in diesem Referate Bezug genommen wird, so seien als Quellen besonders genannt:

Schriften des I. Österreichischen Kinderschutzkongresses in Wien, 1907. Band I. Die Ursachen, Erscheinungsformen und die Ausbreitung der Verwahrlosung von Kindern und Jugendlichen in Österreich. Einzeldarstellungen aus allen Teilen Österreichs, gesammelt von dem vorbereitenden Komitee des I. Österreichischen Kinderschutzkongresses in Wien, 1907, mit Vorwort und Einleitung von Dr. Josef M. Baernreither. Wien, k. k. Hof- und Staatsdruckerei. 1907.

Die Schilderung der Zustände auf dem Gebiete der entgeltlichen Kinderpflege findet sich auf den Seiten: 41, 65—69, 114, 115, 136, 154, 183, 184, 197, 198, 220, 221, 225, 226, 250, 276, 317, 327, 334, 379 u. ff., 500 u. 501.

Die Schilderung der Zustände auf dem Gebiete des Armenwesens findet sich auf den Seiten: 37, 44, 59, 63—68, 82, 83, 114, 122—128, 155—157, 161, 183, 192, 197, 210, 228, 250, 260, 306, 317, 319, 339, 340, 356 u. 379.

— Band II. Gutachten zu den Verhandlungsgegenständen des I. Österreichischen Kinderschutzkongresses in Wien 1907. Wien 1907, Hof- und Staatsdruckerei.

In dem Gutachten zur Frage 2 von Dr. Heinrich Reicher findet sich auf Seite 91—97 eine einheitliche Zusammenfassung der im Band I enthaltenen Schilderung der Lebensverhältnisse der unehelichen Kinder, der Kost- und Haltekinder, der Einzelvormundschaft und der Armenpflege der Gemeinden.

Die Verhältnisse der böhmischen Landesfindelanstalt in Prag, insbesondere auch der aus der Findelversorgung tretenden Kinder, schildert das Gutachten des Dr. Johann Dvořák zu Frage 1 des I. österreichischen Kinderschutzkongresses, Seiten 33—42.

Wittschieben Otto, Das Findelwesen in Steiermark. Graz 1907.

Spann, Dr. Othmar, Die Berufsvormundschaft eine Forderung der Unehelichkeitsstatistik. Wien 1907.

Die Niederösterreichische Landesfindelanstalt. Jahresberichte, herausgegeben vom n.-ö. Landesausschusse. Wien, Hof- und Staatsdruckerei.

Riether, Dr. Gustav, Zur Umgestaltung des Findelwesens in Niederösterreich in Nr. 38, 39 u. 40 des Österreichischen Sanitätswesens, auszugsweise wiedergegeben im Jahresbericht der n.-ö. Landesfindelanstalt vom Jahre 1902. Wien, Aus der k. k. Hof- und Staatsdruckerei, 1905.

Escherich, Dr. Theodor, Promemoria betreffs der Krankenabteilung der zu errichtenden Findelanstalt. Blätter für das Armenwesen. Graz 1897.

Unger, Dr. Ludwig, Die Pflege der kleinen Kinder in den Findelanstalten Österreichs in Österreichs Wohlfahrtseinrichtungen 1848—1898. II. Band. Wien, Perles, 1900.

Reicher, Dr. Heinrich, Der Kinderschutz und die Armenkinderpflege in Steiermark. Graz 1901. Verlag des steierm. Landesausschusses.

Epstein, Dr. Alois, Studien zur Frage der Findelanstalten. Prag, Reyer, 1882.

Hügel, Dr. F. S., Die Findelhäuser und das Findelwesen Europas, ihre Geschichte, Gesetzgebung, Verwaltung, Statistik und Reform. Wien, Sommer, 1863.

ERGEBNISSE DER SÄUGLINGSFÜRSORGE.

HERAUSGEGEBEN VON

PROF. DR. ARTHUR KELLER,

DIREKTOR DES KAISERIN AUGUSTE VICTORIA-HAUSES ZUR BEKÄMPFUNG DER SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT IM DEUTSCHEN REICHE.

DRITTES HEFT.

DIE STÄDTISCHE SÄUGLINGSFÜRSORGE IN MAGDEBURG

IM HALBJAHRE APRIL—OKTOBER 1908.

I. ALLGEMEINER VERWALTUNGSBERICHT.

VON

BÜRGERMEISTER PAUL LINDEMANN, KIEL,
FRÜHER STADTRAT IN MAGDEBURG.

II. ÄRZTLICHER BERICHT.

VON

PROF. DR. MARTIN THIEMICH, MAGDEBURG.

LEIPZIG UND WIEN
FRANZ DEUTICKE.
1909.

Verlags-Nr. 1381.

Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

Inhaltsverzeichnis.



DIE STÄDTISCHE SÄUGLINGSFÜRSORGE IN MAGDEBURG

IM HALBJAHRE APRIL—OKTOBER 1908.



I. Allgemeiner Verwaltungsbericht.

Von Stadtrat Paul Lindemann
in Magdeburg.

Einleitung.

Als vor wenigen Jahren das Interesse für die Bestrebungen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in immer weitere Kreise drang, als Staat und Stadt erkannten, daß ihnen hier im allgemeinen öffentlichen Interesse neue wichtige Aufgaben gestellt wurden, gehörte Magdeburg zu den ersten Städten, deren Verwaltung an die praktische Lösung dieser Aufgaben heranging. Im Sommer 1905 beschlossen die städtischen Behörden Magdeburgs, auf städtische Kosten eine Milchsterilisieranstalt zu errichten und zu betreiben. Im Herbste 1905 begann diese Anstalt ihre Tätigkeit, die bald in der auf Betreiben von Herrn Dr. Keller, des jetzigen Direktors des Kaiserin-Auguste-Viktoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im deutschen Reiche, eingerichteten ärztlichen Beratungsstunde ihre notwendige Ergänzung fand. Zwar herrschte von Anfang an über der Anstalt ein gewisser Unstern. Die Kosten der ersten Einrichtung und des täglichen Betriebes erreichten bald eine unvorhergesehene Höhe; und als im Winter 1906/07 eine abermalige Aufwendung erheblicher Summen zur Erweiterung der Räume und Maschinen notwendig wurde, beschloß man im Frühjahre 1907, den Betrieb zum Herbste vollständig einzustellen, weil man glaubte, für eine einzige, in ihrem Erfolge nicht einmal abzuschätzende Einrichtung nicht so erhebliche städtische Mittel aufwenden zu können, wie sie tatsächlich erforderlich wurden. Allein der eine gute Erfolg dieses Unternehmens war der, daß die Notwendigkeit einer kommunalen Säuglingsfürsorge allgemein anerkannt wurde; das kam in dem einstimmigen Beschlusse der Stadtverordnetenversammlung zum Ausdrucke, in dem zwar die Einstellung des Betriebes der Milchsterilisieranstalt genehmigt, gleichzeitig aber der Magistrat um die beschleunigte Vorlage eines Projektes für die Säuglingsfürsorge ersucht wurde. Diese Vorlage wurde der Stadtverordnetenversammlung am 30. Oktober 1907 mit einer ausführlichen Begründung unterbreitet und

fand deren Zustimmung am 19. Dezember 1907. Der wesentliche Inhalt des Beschlusses war folgender:

1. Mit dem 1. April 1908 wird die städtische Säuglingsfürsorge ins Leben gerufen.

2. Dieselbe umfaßt:

a) die Gewährung von Stillprämien;
b) die Lieferung guter Rohmilch zum Preise gewöhnlicher Vollmilch;
c) die ärztliche und pflegerische Überwachung der unehelichen und Ziehkinder;
d) die Einrichtung einer Berufsvormundschaft.

3. Die Angelegenheiten der Säuglingsfürsorge werden durch einen besonderen Ausschuß erledigt.

4. Die im Wege der Säuglingsfürsorge gewährten Wohltaten gelten nicht als öffentliche Armenunterstützung.

5. Außer den durch die Besoldung des Kinderarztes, der Pflegerinnen und der Beamten der Berufsvormundschaft und durch den Bureaubetrieb erwachsenden Kosten werden

für Stillprämien	15 000 M.
für Milchlieferung	19 000 M.
zusammen . . .	34 000 M.

jährlich bewilligt.

6. Die ganze Einrichtung wird zunächst für drei Jahre genehmigt.

Die Begründung zu der Vorlage war in meiner Denkschrift vom 5. Oktober 1907 gegeben, deren Inhalt sich im wesentlichen mit meinen Ausführungen im ersten Hefte dieser Zeitschrift, S. 112 fg., deckt und auf die ich hiermit Bezug nehmen.

Nachdem nunmehr die Organisation praktisch durchgeführt ist und die Säuglingsfürsorge ein Sommerhalbjahr hindurch tätig gewesen ist, mag es von allgemeinem Interesse sein, zu hören, wie wir in Magdeburg uns eingerichtet, welche Erfahrungen und Lehren wir mit unseren Vorschlägen gesammelt haben.

Die Organisation im allgemeinen.

Die Oberleitung aller mit der städtischen Säuglingsfürsorge verknüpften Angelegenheiten ist einem besonderen „Ausschuß für Säuglingsfürsorge" übertragen. Den Vorsitz in demselben führt der Leiter der städtischen Armen- und Waisenverwaltung; Mitglieder sind der städtische Kinderarzt, der Waisenvorsteher[1]), drei Stadtverordnete und eine Frau. Die Tätigkeit des Ausschusses beschränkt sich auf die Festlegung der allgemeinen Grundzüge, nach denen die Einzelheiten der Fürsorge zu regeln sind, auf die Festsetzung der Vertragsbedingungen für abzuschließende Lieferungs- oder Anstellungsverträge, die Anstellung der Hilfsorgane

[1]) Der Waisenvorsteher ist in Magdeburg im Ehrenamt tätig, er hat namentlich die auf städtische Kosten in Pflege gegebenen Kinder in ihren Pflegestellen laufend zu überwachen.

u. dgl. m.; er hat naturgemäß bei der ersten Einrichtung viel intensiver zu arbeiten gehabt als im Laufe des Halbjahres und wird auch in Zukunft, wenn die getroffenen Maßnahmen sich bewähren, nur von Zeit zu Zeit zusammenzurufen sein. Seine Einrichtung und Zusammensetzung hat sich bei der Überleitung der theoretisch aufgestellten Vorschläge in die Praxis gut bewährt.

Die laufende Verwaltung liegt dem Vorsitzenden, die ärztliche Leitung dem Kinderarzte ob; beide müssen stets in engster Fühlung miteinander bleiben und auch in allen Einzelheiten übereinstimmend vorgehen. Bei uns ist es in stetem harmonischen Zusammenarbeiten beider mühelos gelungen, über manche mit der Durchführung der neuen Einrichtung notwendig verknüpfte Schwierigkeiten hinwegzukommen.

Die eigentliche Fürsorge in der praktischen Arbeit ist straff zentralisiert. An der Spitze steht der Kinderarzt, dem fünf besoldete Pflegerinnen unterstellt sind. Entsprechend der Zahl der Pflegerinnen ist die Stadt in fünf Bezirke geteilt. Jedem Bezirke steht eine Pflegerin vor; in jedem Bezirke findet allwöchentlich eine vom Kinderarzte selbst abgehaltene Beratungsstunde statt.

Die nicht unerhebliche Bureautätigkeit wird von der Berufsvormundschaft miterledigt, die dem Gemeindewaisenrat eng angegliedert ist. Ich bemerke dazu, daß in Magdeburg die Armenverwaltung und Waisenverwaltung nicht getrennt ist; die Armendirektion hat hier gleichzeitig die Aufgaben zu erfüllen, die in anderen Verwaltungen dem selbständigen, wenn auch in enger Verbindung mit der Armenverwaltung stehenden Waisenamt übertragen sind.

Die Fürsorge erstreckt sich:

1. auf alle unehelichen Kinder, mögen sie bei der Mutter, bei Verwandten oder Fremden untergebracht sein;

2. auf alle ehelichen gegen Entgelt bei Dritten untergebrachten Kinder (Ziehkinder im engeren Sinne);

3. auf die Kinder, die laufende Armenunterstützung empfangen.

Die Fürsorge hört mit Ablauf des zweiten Lebensjahres auf.

In gewissem, weiter unten näher zu erläuterndem Umfang erstreckt sie sich auch auf die nicht zu den genannten Gruppen gehörigen Kinder, deren Mütter Stillprämien beziehen.

Stillprämien.

Das Wort ist nicht schön; darüber ist kein Streit. Es hat sich aber einmal eingebürgert und mag beibehalten werden. Nur wird mit dem Worte oft ganz etwas Verschiedenes bezeichnet. Wenn, wie es vielfach geschieht, den stillenden Müttern, welche in armen Verhältnissen leben, zur Ermöglichung einer sachgemäßen Ernährung während der Stillzeit Milch oder andere Stärkungsmittel unentgeltlich verabfolgt werden, oder wenn solchen Müttern zur Deckung eines Ausfalles an Arbeitsverdienst,

der mit der Fortsetzung des Stillgeschäftes verknüpft ist, eine Unterstützung in Geld gewährt wird, so wird man besser von einer „Prämie“ für das Stillen nicht sprechen; hier handelt es sich tatsächlich nur um „Beihilfen für stillende Mütter“. Anders liegt aber die Sache, wenn man durch gewisse Vergünstigungen die beteiligten Kreise anreizen will, ihre Kinder zu stillen, wenn diese Vergünstigungen nicht oder nicht in erster Linie den Müttern das Stillen ermöglichen oder erleichtern sollen, sondern wenn sie mit der ausgesprochenen Absicht gewährt werden, Propaganda für das Selbststillen zu machen. In solchem Falle kann man mit Fug und Recht von einer „Prämie“ sprechen. Man mag darüber unwillig sein, daß die Erfüllung einer einfachen natürlichen Pflicht prämiiert wird, man mag in der Theorie solches Vorgehen als unsittlich bezeichnen. In der Praxis liegt aber doch die Sache so, daß tatsächlich weiten Kreisen das Verständnis für die Bedeutung der Erfüllung dieser Pflicht abhanden gekommen ist. Auch die tatsächlich stillenden Mütter tun dies in den meisten Fällen mehr aus Gewöhnung wie aus rein praktischen, oft rein materiell-pekuniären Gründen als in der Erkenntnis und dem Bewußtsein, daß die natürliche Ernährungsart für das Kind von ganz besonderer Wichtigkeit ist. Die Frage, wie man die Stilltätigkeit der Mütter vermehrt und damit die Säuglingssterblichkeit am wirksamsten bekämpft, ist nach meiner Ansicht eine Frage der Volkserziehung. Es muß in allen Kreisen mit immer neuem Nachdrucke darauf hingewiesen werden, wie wichtig das Selbstnähren für Mutter und Kind ist; es muß den Müttern in allen Ständen das Gewissen geschärft werden, daß sie eine von der Natur ihnen auferlegte Pflicht nicht ohne Nachteil für ihre Kinder selbst, nicht ohne Schädigung wichtigster eigener Interessen und ganzer Volksinteressen einfach vernachlässigen können. Hierzu mitzuwirken ist Aufgabe der Stillprämien, die in erster Linie ein — ich bitte den Ausdruck zu entschuldigen — Reklamemittel sind. Mögen die Zeiten nicht fern sein, wo wir nicht mehr nötig haben, im Interesse unserer öffentlichen Wohlfahrt solche Mittel anzuwenden.

Die Förderung der natürlichen Ernährungsweise muß der Hauptzweck jeder Säuglingsfürsorge sein. Hält man es für richtig, zu diesem Zwecke Propaganda für das Stillen durch Gewährung von Vergünstigungen zu machen, so muß man den Kreis der hierzu Berechtigten weiter greifen als bei den übrigen Einrichtungen der Säuglingsfürsorge. Denn deren Gegenstand sind hauptsächlich die unehelichen Kinder und die in fremder Pflege befindlichen Kinder, bei deren Müttern nach den jetzigen tatsächlichen Verhältnissen auf eine erhebliche Zunahme der Stilltätigkeit nicht zu rechnen ist. Es sind in Magdeburg deshalb auch alle Ehefrauen zu den Stillprämien zugelassen, die selbst oder deren Ernährer ein Einkommen von nicht mehr als 1200 M. versteuern. Wie hoch man diese Grenze setzen will, ist wesentlich eine Geldfrage, hängt davon ab, welche Mittel die Gemeinde für diesen einen Zweck aufwenden will. Dann haben wir uns bemüht, die Durchführung des Stillgeschäftes während der gefährlichen Sommerzeit zu erstreben und allgemein die Stillprämie dem Werte

nach so zu bemessen, daß sie in den beteiligten Kreisen als willkommene Beihilfe angesehen wird.

Aus all diesen Erwägungen haben wir folgende Grundsätze aufgestellt:

1. Die Stillprämie wird in der Regel vom Beginne der 7. bis zur 15. Lebenswoche gewährt.

2. Sie beträgt im Anfang 1 M., nach zwei Wochen 1·25 M., nach weiteren drei Wochen 1·50 M. wöchentlich.

3. In der gefährlichen Sommerzeit — die zeitlichen Grenzen werden nach der Witterung in jedem Jahre vom Ausschusse bestimmt — beträgt die Anfangsprämie 1·25 M. und steigt allmählich bis auf 2 M. wöchentlich. Sie wird ohne Karenzzeit, also auch bald nach der Geburt gewährt und auch über die 15. Woche, jedoch nicht über das erste Lebensjahr hinaus.

4. Bedingung ist, daß die Mütter sich der Ziehkinderaufsicht unterwerfen, daß sie namentlich nach Anweisung des Kinderarztes sich in regelmäßigen Zwischenräumen in den Beratungsstunden vorstellen und den ärztlichen Anordnungen Folge leisten.

5. Die Auszahlung der Prämien erfolgt, nachdem in der Beratungsstunde festgestellt ist, daß tatsächlich noch gestillt wird, in der Beratungsstunde durch den Kinderarzt.

Durch Vorträge seitens des Kinderarztes, durch Hinweise in der Presse, die von Zeit zu Zeit erneuert sind, ist versucht worden, das Interesse der beteiligten Kreise auf diese Einrichtung zu lenken. Der Erfolg ist nicht ausgeblieben und wie wir weiter unten sehen werden, ist der Andrang zu den Stillprämien während der Sommermonate sehr stark gewesen. Abgesehen von den Müttern, deren Kinder der allgemeinen Ziehkinderfürsorge unterstehen, muß jede Mutter, die eine Stillprämie erhalten will, einen Antrag nach dem Muster in

Anlage A

stellen. Nachdem die Steuerverhältnisse festgestellt sind, wird sie mit Formular zu der nächsten Beratungsstunde ihres Bezirkes bestellt und erhält hier vom Kinderarzt ihre näheren Anweisungen.

Ich gebe in der

Anlage B

eine Zusammenstellung über den gesamten Umfang der Stillprämiengewährung.

Es fällt auf den ersten Blick auf, daß die Zahl nicht nur der unehelichen Mütter, sondern auch der ehelichen aus den ärmsten Bevölkerungsschichten sehr gering ist. Es wird bei den unehelichen Müttern zu beachten sein, daß ein großer Teil, sei es hier, sei es auswärts, Stellungen in fremden Häuslichkeiten annimmt, so daß sie gezwungen sind, ihr Kind in fremde Pflege zu geben. Ein anderer Teil — und dies trifft auch für

die armen Mütter ehelicher Kinder zu — ist gezwungen, bald nach der Geburt wieder auf Arbeit zu gehen, wobei in Magdeburg überwiegend die Arbeit in Fabriken in Frage kommt. Sie sind einmal nicht in der Lage, den Zeit- und Geldverlust, der mit dem Besuche der Beratungsstunden verknüpft ist, zu tragen. Sodann kommt aber vor allem in Betracht, daß auch in den größten Fabrikbetrieben den Müttern keine Gelegenheit gegeben ist, das Kind mit zur Arbeitsstätte nehmen und hier tagsüber unterbringen zu können; es wird deshalb das Kind zu Hause gelassen und das Stillen unterbleibt.

Ich bin mir nicht im Zweifel, daß wenn wir bei diesen Müttern eine Förderung des Stillgeschäftes erreichen wollen, die Einrichtung von Stillkrippen unbedingt notwendig ist. Es ist bei der Wichtigkeit, die den Stillkrippen aus dieser Erwägung beizulegen ist, hier schon vor Einführung der jetzigen Säuglingsfürsorge versucht worden, das Interesse der großen Fabrikbetriebe hierfür zu wecken, um möglichst bald nach dem Inkrafttreten der Säuglingsfürsorge wenigstens hier und da eine Stillkrippe zur Verfügung zu haben. Allein alle Bemühungen in dieser Richtung sind vollständig fehlgeschlagen. Es ist zwar anzuerkennen, daß die meisten Arbeitgeber sich nicht grundsätzlich abgeneigt gezeigt haben. Vielmehr ist die Neuheit der Anregung, die Ungewißheit, welche Bedeutung solche Einrichtung für die prompte Erledigung der Fabrikarbeit gewinnen wird, welche Kosten damit verknüpft sind, und die Erwägung, ob solche Einrichtung von den Arbeiterinnen und namentlich den Müttern unehelicher Kinder benutzt werden wird, wohl der Hauptgrund, daß hier bisher nichts erreicht ist. In letzterer Hinsicht ist folgende Erfahrung lehrreich. Eine große Fabrik, deren Arbeiterinnen meistens in ziemlicher Nähe der Arbeitsstelle wohnen, hatte auf unsere Anregung sich bereit erklärt, den vom Kinderarzte benannten Arbeiterinnen, welche ihr Kind selbst nähren wollten, ohne jede Einbuße an Arbeitslohn verlängerte Arbeitspausen zu bewilligen, so daß sie instande wären, in ihre Wohnung zu gehen und dem Kinde die Brust zu reichen. Von dieser Vergünstigung ist aber so gut wie gar kein Gebrauch gemacht. Es kommt wohl daher, daß das Hin- und Herlaufen den Müttern zu umständlich ist, bei unverheirateten Arbeiterinnen ist auch wohl das Gefühl mitbestimmend gewesen, daß sie auf diese Weise ihre Mitarbeiterinnen nicht immer wieder an die Tatsache, daß sie ein Kind haben, erinnern wollen.

Es muß jedenfalls angestrebt werden, die Bedenken der Arbeitgeber einerseits zu beseitigen und das Interesse der Arbeitnehmer für die Stillkrippen anderseits wachzurufen. Es ist deshalb in Aussicht genommen, mit städtischen Mitteln in der nächsten Nähe großer Fabriken mit zahlreichen Arbeiterinnen eine einfache Stillkrippe einzurichten, in der die Mütter ihre Kinder, wenn sie zur Arbeit gehen, abgeben, in der die Kinder tagsüber unter Aufsicht bleiben und von den Müttern gestillt werden. Hoffentlich können wir bereits im nächsten Jahre diesen Versuch ausführen.

Die Übersicht zeigt ferner, wie gewaltig mit der Gewährung der

Sommerprämie — Anfang Juli — der Andrang zu den Stillprämien zugenommen hat. Der Andrang war so groß, daß die regelrechte Abhaltung der Beratungsstunden nur unter größter Anspannung aller Kräfte seitens des Kinderarztes und der Pflegerinnen möglich gewesen ist. Sprechstunden, in denen 150 Kinder vorgestellt wurden, waren an der Tagesordnung; selbst 189 Kinder sind in einer Beratungsstunde gezählt worden. Es hat sich gezeigt, daß solcher Andrang zu einer Überlastung der Beratungsstunden führt, unter der die exakte und für den ganzen Erfolg so überaus wichtige Kleinarbeit leidet. Dazu kommt, daß mit der großen Zahl der Prämienempfänger die zur Bestreitung der Prämien erforderlichen Mittel sehr anschwellen. Da anderseits die Erfahrung gezeigt hat, daß die Mütter aus den höheren Steuerstufen bisher auch ohne Stillprämien ihre Kinder meistens gestillt haben und in solchen sozialen Verhältnissen leben, daß mit der Entziehung der Stillprämien die Einstellung des Stillgeschäftes nicht zu erwarten ist, so ist in Aussicht genommen, die Grenze für die Beteiligung an den Stillprämien um eine Steuerstufe von 1200 M. auf 1050 M. herabzusetzen.

Noch in einer andern Hinsicht hat die praktische Erfahrung eine Einschränkung des zu den Stillprämien zuzulassenden Kreises als unbedenklich gezeigt. Im Sommer haben wir bis zum vollendeten 1. Lebensjahre Prämien gewährt. Nun ist schon aus den langjährigen sorgfältigen Beobachtungen des städtischen statistischen Amtes ermittelt, daß die Gefahr der Darmerkrankungen für die Kinder nach dem 9. Lebensmonat eine geringe ist, daß jedenfalls die Sterblichkeit der Kinder während der Sommermonate mit Beginn des 10. Lebensmonates sehr abnimmt. Die Erfahrungen dieses Sommers haben die Richtigkeit dieses Ergebnisses erneut bestätigt, so daß wir in Zukunft nach vollendetem neunten Monate keine Stillprämien mehr gewähren werden.

Daß, wie aus der Übersicht erhellt, in einigen wenigen Fällen auch bei einem Einkommen von über 1200 Mark noch Stillprämien gewährt sind, findet darin seine Begründung, daß der Ausschuß ermächtigt ist, in besonderen Fällen über die Einkommensgrenze von 1200 Mark hinauszugehen. Dies ist dann geschehen, wenn infolge großer Kinderzahl oder aus anderen Gründen die wirtschaftliche Lage einzelner Familien besonders ungünstig war.

Die wichtige Frage, ob die progressive Steigerung der Stillprämie überhaupt und der Sommerprämie im besonderen irgendwelchen Einfluß auf die Fortsetzung des Stillgeschäftes hat, kann nach den bisherigen Erfahrungen noch nicht mit Sicherheit beantwortet werden. Es scheint fast, als wenn die Erhöhung der Sommerprämie zwecklos ist; und auch die nicht besonders starke Steigerung der gewöhnlichen Prämie hat anscheinend keinen besonderen Einfluß auf die Zeitdauer des Stillgeschäftes. Wichtig ist jedenfalls, daß die Prämie so hoch bemessen ist, daß sie für die Mütter einen Wert hat, und wichtig ist auch, daß im Sommer ohne jede Karenzzeit die Prämie gewährt wird. Zweifelsohne wird dadurch manche Mutter während der 6 Wochen, in denen sie Wöchnerinnenunter-

stützung von der Krankenkasse bezieht, zum Stillen bestimmt, das dann, wenn es einmal begonnen ist, häufig länger fortgesetzt wird. Und selbst wenn es nur während der 6 Wochen geschieht, ist schon manches gewonnen.

Wenn man annehmen wollte, daß alle oder auch die meisten Mütter welche Stillprämien bezogen haben, nur durch die Prämien zum Stillen veranlaßt wären, würde man sich einem großen Irrtume hingeben. Im Gegenteile wird damit zu rechnen sein, daß ein großer Teil dieser Mütter auch ohne die Prämien gestillt haben würde. Aber ebenso sicher ist auch, daß durch die Gewährung der Stillprämien weite Bevölkerungsschichten darauf aufmerksam geworden sind, daß dem Stillen eine besondere Bedeutung beigelegt wird. Eine erzählt es der andern und dadurch, so glauben wir, wächst allmählich, wenn auch nur ganz allmählich das Verständnis für die Wichtigkeit dieser Tätigkeit. Und ein anderer nicht gering zu veranschlagender Vorteil ist der, daß durch die regelmäßige Vorstellung all der Kinder in den Beratungsstunden den Anweisungen des Kinderarztes für eine sachgemäße Ernährung und Pflege des Säuglinges eine Verbreitung gesichert wird, wie sie sonst nicht zu erreichen wäre.

Lieferung guter Rohmilch.

Die Gründe, aus denen ich die Lieferung nur guter Rohmilch für zweckmäßiger halte, als die Lieferung fertiger Trinkportionen, habe ich im ersten Hefte dieser Zeitschrift, S. 118 fg., dargelegt, auf die ich hiermit Bezug nehme. Die von der Stadt gelieferte Milch erhalten hier nur die Mütter, deren Kinder der Ziehkinderaufsicht unterstehen und nur auf Anordnung des Kinderarztes. Der Preis für diese Milch, den die Empfänger zu zahlen haben, entspricht dem Marktpreise gewöhnlicher Vollmilch und ist für die $\frac{1}{2}$-Literflasche auf 7 Pfennige festgesetzt. Zum Bezuge der Milch werden in den Beratungsstunden Milchmarken ausgegeben, die aus einfachen Pappscheiben mit dem städtischen Stempel bestehen. Auf die Marken allein wird keine Milch verabfolgt, sondern mit jeder Marke muß immer zugleich der Betrag für die $\frac{1}{2}$-Literflasche = 7 Pfennige gezahlt werden. Durch diese einfache und zweckmäßige Einrichtung ist einem Mißbrauche der Milchmarken ein Riegel vorgeschoben. Ein kostenfreier Bezug von Milch zu Lasten der Stadt ist unmöglich; ein Handel mit den Milchmarken ist ausgeschlossen, da die Marken für sich keinen Wert haben. Die einzige Gefahr ist die, daß die in der Beratungsstunde bezogenen Marken an Personen abgegeben werden, welche keinen Anspruch darauf haben und daß diese nun mit demselben Gelde, das sie für Marktmilch aufwenden müssen, sich eine besonders gute Milch verschaffen. Diese Gefahr ist an sich schon gering und wird noch durch die laufende Überwachung seitens der Pflegerinnen in der Häuslichkeit und durch den Arzt in der Beratungsstunde wesentlich vermindert.

Über die ausgegebenen Milchmarken wird Buch geführt. Die Ab-

rechnung mit den Lieferanten erfolgt monatlich; sie erhalten für jede eingelieferte Milchmarke die Differenz zwischen dem mit der Stadt vereinbarten und dem von den Empfängern bezahlten Betrage. Da die Stadt 40 Pfennige für 1 Liter und die Empfänger für $^1/_3$-Literflasche 3 × 7 Pfennige = 21 Pfennige zu zahlen haben, empfangen die Lieferanten für je 3 Marken = 1 Liter 19 Pfennige von der Stadt.

Es galt nun vor allem zunächst die Bedingungen festzusetzen, nach denen die Milch gewonnen und geliefert werden sollte. In langen und eingehenden Beratungen, an denen auch der Direktor des städtischen Schlacht- und Viehhofes regen Anteil gehabt hat, sind für die Milchlieferung die aus der

Anlage C

ersichtlichen Vertragsbestimmungen festgesetzt. Es ist dabei davon ausgegangen, daß alle im Interesse der Gewinnung einer einwandfreien Milch nicht unbedingt erforderlichen und den Herstellungspreis unnötig verteuernden Vorschriften fortzulassen sind; ebenso ist nach Möglichkeit auf alle solche Bestimmungen verzichtet, deren Innehaltung nicht kontrollierbar ist. Aus diesen Erwägungen ist z. B. auch im § 3 der Bedingungen auf den negativen Ausfall der Tuberkulinprüfung verzichtet; hätte man dies nicht getan, so hätte, wenn solche Bestimmung ernstlich gehandhabt werden soll, mit einer ganz erheblichen Verteuerung der Milch gerechnet werden müssen. Ebenso sind keine Vorschriften über den Fettgehalt, die Trockensubstanz usw. getroffen, weil die Innehaltung der übrigen Bedingungen die Lieferung einer einwandfreien und unverfälschten Milch gewährleistet, was nach unserer Ansicht das wesentlichste ist. Besonderer Wert ist auf die Kühlhaltung der Milch bis zur Ablieferung und die Lieferung der Milch bis vors Haus der Empfänger gelegt worden. Dies nur einige wichtige Punkte; ich nehme im übrigen auf die aus dem Vertrag ersichtlichen Einzelheiten Bezug.

Von ausschlaggebender Bedeutung war es nun, Unternehmer zu finden, die bereit waren, die gestellten Bedingungen zu erfüllen und die uns die Gewähr boten, daß sie die Bedingungen tatsächlich innehalten würden. Denn darüber kann kein Zweifel sein, daß trotz aller noch so vorsichtig formulierter Vertragsbestimmungen die Hauptsache bei der Milchlieferung die Tüchtigkeit und Zuverlässigkeit des Lieferanten selbst bildet. Ist man oft gezwungen, die Vertragsstrafen anzuwenden, so ist die Erreichung des Hauptzweckes unwiederbringlich unmöglich gemacht. Wir haben das Glück gehabt, zwei Lieferanten zu gewinnen, die von Anfang an durch den Ruf ihrer Firma und die Vorzüglichkeit ihrer Einrichtungen uns die uns wünschenswert scheinende Sicherheit zu bieten schienen und — das sei gleich bemerkt — tatsächlich auch geboten haben. Von den vier Firmen, welche im Wege der engeren Ausschreibung zur Abgabe eines Gebotes aufgefordert sind, sind zwei mit der Lieferung betraut worden. Wir haben zwei Lieferanten gewählt, weil uns die dadurch hervorgerufene Konkurrenz für eine dauernde Lieferung möglichst guter

Milch vorteilhaft erschien. Der eine Lieferant, die Magdeburger Molkerei, liefert die Milch aus ihrem mit Fug und Recht so genannten Musterstall Junkerhof bei Wolmirstedt, der 15 km von der Stadt entfernt liegt, mit allen Einrichtungen eines einwandfreien Stalles, insbesondere auch mit einer schnell wirkenden Kühleinrichtung versehen ist und unter täglicher Aufsicht eines zuverlässigen Tierarztes steht. Der andere Lieferant, die Firma Breidenstein, hat ihren Stall innerhalb der Stadt; sie befaßt sich seit Jahren nur mit der Lieferung sogenannter Säuglingsmilch, steht von jeher unter der Überwachung der medizinischen Gesellschaft und hat den guten Ruf, den sie mit der Einrichtung ihres Stalles, der ganzen Fütterung des Viehes und der Art der Milchgewinnung und -behandlung seit langer Zeit gewonnen hat, auch in diesem Sommer bewährt; auch dieser Stall steht unter fortlaufender tierärztlicher Aufsicht. Beide Firmen verfügen über einen hinreichend großen Fuhrpark, um die rechtzeitige Anlieferung der Milch zu gewährleisten. Die Verteilung der Lieferung ist so erfolgt, daß die eine Firma in drei, die andere in zwei Pflegerinnenbezirken die Milch liefert. Der Preis ist mit beiden Firmen einheitlich auf 40 Pf. für 1 Liter festgesetzt. Beide liefern die Milch nur in $^1/_2$-Literflaschen, welches Maß für die leichte Anpassung an die für die Kinder in den verschiedenen Lebensaltern zu gebenden Mengen für das zweckmäßigste gehalten ist.

Obwohl die Lieferung der Milch in ganz wesentlich geringeren Mengen erforderlich gewesen ist, wie die Verwaltung und auch wohl die Firmen angenommen haben, haben beide Lieferanten doch alles daran gesetzt, den hohen Anforderungen der Verwaltung voll zu entsprechen. Kleinere Unregelmäßigkeiten, die namentlich in erster Zeit vorgekommen sind, sind nach erfolgter Mitteilung stets abgestellt. Die Innehaltung der Lieferungszeit — 11 Uhr vormittags — ist namentlich in den Außenbezirken nicht immer möglich gewesen; auch die vorgeschriebene Höchsttemperatur ist bei der Ablieferung öfter überschritten. Aber niemals sind solche Verstöße fortdauernd erfolgt; und wenn sie erfolgt sind, hat sich eine nachteilige Einwirkung auf die Kinder nicht nachweisen lassen. Die Untersuchungen der Milch durch das Nahrungsmitteluntersuchungsamt haben zu keinen Beanstandungen geführt; eine besondere laufende Überwachung der Stallungen, die gelegentlich vom Kinderarzt besucht sind, hat sich nicht als notwendig erwiesen. Alles in allem kann die Lieferung der Milch seitens beider Lieferanten namentlich unter Berücksichtigung des geringen Absatzes als eine durchaus zufriedenstellende bezeichnet werden.

Aus der in der

<u>Anlage D.</u>

beigefügten Übersicht ist ersichtlich, in welchem Umfange von der Milchlieferung in der geschilderten Art Gebrauch gemacht ist. Dabei ist zu erwähnen, daß bis zum 1. April 1908 in weitem Umfange sogenannte Sanitätsmilch unentgeltlich verabfolgt ist. Als nun nach dem 1. April

neue Milchmarken ausgegeben wurden, glaubten viele Mütter trotz der erfolgten Belehrung, daß auch auf diese Marken unentgeltlich Milch bezogen werden könne. Infolgedessen war im April die Nachfrage nach Milchmarken sehr groß; als sich aber herausstellte, daß auf die Marken ohne Zuzahlung nichts verabfolgt wurde, wurden sie in großem Umfange nicht benutzt. So erklärt es sich, daß im April 4472 Marken ausgegeben und nur 2618 eingelöst sind. Überhaupt hat die von der Stadt gelieferte Milch zuerst wenig Anklang gefunden. Die Mütter sind zunächst, wie es so oft der Fall ist, der Meinung gewesen, daß wenn sie ihr gutes Geld für die Milch ausgeben müßten, sie auch die Milch sich kaufen könnten, wo es ihnen beliebe; eine Milch ist so gut wie die andere. Aber ganz allmählich und nicht zum wenigsten Dank der unausgesetzten Belehrung durch Arzt und Pflegerin über die Bedeutung einer einwandfreien Rohmilch für die künstliche Säuglingsnahrung hat sich die Erkenntnis Bahn gebrochen, daß die Stadt doch etwas Gutes liefere; und so steigt die Milchlieferung langsam, aber gleichmäßig von Monat zu Monat und hat im Laufe der sechs Monate um mehr denn 100 % zugenommen. Mit dieser Entwicklung kann man durchaus zufrieden sein.

Es ist grundsätzlich daran festgehalten, daß jede Mutter die Milch bezahlen muß. In den nicht gerade häufigen Fällen, in denen die Mutter hierzu nicht imstande war, sind ihr auf Antrag im Wege der Armenunterstützung die erforderlichen Mittel zur Verfügung gestellt. Um aber die Verwendung der Unterstützung zu dem angegebenen Zwecke sicherzustellen, ist die Auszahlung zu Händen der Pflegerin erfolgt, die dann ihrerseits in kleinen Beträgen das Geld der Mutter verabfolgt und durch ihre Besuche in der Wohnung den fortlaufenden Bezug der Milch überwacht. Auch daran ist festgehalten, daß die Ausgabe von Milchmarken nur auf Anordnung des Kinderarztes zu erfolgen hat und unterbleibt, wenn die Mutter grundlos das Kind zu stillen sich weigert. Die richtige Verwendung der Milch ist stets seitens der Pflegerinnen bei ihren in unbestimmten Zwischenräumen erfolgenden Besuchen überwacht; grobe Verstöße gegen die ärztlichen Anordnungen sind nicht bekannt geworden.

Ärztliche und pflegerische Überwachung.

Die sämtlichen der Säuglingsfürsorge unterstehenden Kinder (vgl. oben, S. 8) werden laufend überwacht. Die Überwachung erstreckt sich auf alle mit der Unterbringung, Wartung und Pflege der Säuglinge zusammenhängenden Angelegenheiten und hat in erster Linie den Zweck, den Müttern und Pflegemüttern mit sachverständigem Rate zur Seite zu stehen und ihnen die Möglichkeit zu geben, die ihrer Obhut anvertrauten Kinder in einer ihrer gesunden Entwicklung förderlichen Art und Weise zu behandeln. Die Überwachung erfolgt durch den Kinderarzt in der städtischen Beratungsstunde, in der auch jedesmal die zuständige Pflegerin zugegen ist, und ferner durch fortlaufende Besuche seitens der Pflegerinnen. Über die Einrichtung und Handhabung der Überwachung im einzelnen

wird sich Herr Professor Dr. Thiemich in seinen Ausführungen näher äußern. Ich werde mich auf einige, die verwaltungstechnische Seite dieser Einrichtung berührende Punkte beschränken.

Vorweg will ich bemerken, daß es dem städtischen Kinderarzte Herrn Professor Dr. Thiemich durch sein leutseliges Wesen und durch die sachgemäße Behandlung der Mütter und Pflegemütter gelungen ist, sich in kurzer Zeit das volle Vertrauen der in Betracht kommenden Bevölkerungskreise zu erwerben. Damit ist unendlich viel gewonnen. Die Beratungsstunden sind gar nicht mehr zu entbehren und ihr dauernd reger Besuch zeigt, welchen Anklang sie gefunden haben. Hinzu kommt, daß die Pflegerinnen mit großer Umsicht und vielem Takt ihres oft schwierigen Amtes gewaltet haben. Diesen Umständen ist es im wesentlichen zu danken, daß die ganze Überwachung von den Müttern und Pflegemüttern nicht als eine lästige Polizeimaßregel empfunden wird. In diesem Zusammenhange will ich auch erwähnen, daß unsere städtischen Pflegerinnen vom königlichen Polizeipräsidium bezüglich der Ziehkinder im engeren Sinne, welche der besonderen polizeilichen Überwachung unterstehen, als seine Beauftragte anerkannt sind, deren Anordnungen die Pflegemütter Folge leisten müssen. Durch dieses dankenswerte Eingehen auf die Wünsche der Stadt ist es möglich geworden, den Schutzmann aus der eigentlichen Ziehkinderaufsicht auszuschalten; er wird nur bei der Prüfung des Antrages auf Erteilung der Erlaubnis zum Halten eines Ziehkindes, wobei auch die Pflegerin gehört wird, und später nur in ganz besonderen Fällen tätig, namentlich dann, wenn es sich um kriminelle Verfehlungen handelt. Fast noch wichtiger aber ist, daß durch diese Anerkennung unserer Pflegerinnen, denen ein entsprechender Ausweis seitens des Polizeipräsidiums erteilt ist, ihr Ansehen in den Kreisen aller Pflegemütter wesentlich gestärkt ist. Sie ist bei Pflegemüttern, die ihren Anordnungen Widerstand leisten, nicht bloß auf gütliches Zureden angewiesen, sondern kann auch schärfere Maßnahmen treffen, polizeiliche Bestrafungen und eventuell die Entziehung des Erlaubnisscheines herbeiführen. Und auch das ist ein von uns mit Freuden begrüßtes Entgegenkommen der Polizeiverwaltung, daß den Pflegemüttern bei Erteilung des Erlaubnisscheines die Vorstellung des Kindes in den städtischen Beratungsstunden nach der Anordnung des städtischen Kinderarztes zur Pflicht gemacht ist.

In einem andern Punkte hat aber seitens der Polizeiverwaltung unseren Wünschen nicht entsprochen werden können. Es ist hier bei der großen weiblichen Fabrikbevölkerung sehr häufig der Fall, daß die unehelichen Mütter ihre Kinder bei den Großmüttern gegen Bezahlung eines Pflegegeldes in Pflege geben, während sie selbst eine Schlafstelle, sei es in derselben Wohnung, sei es bei anderen Familien innehaben. Aus der rein praktischen Erwägung, auch in diesen Fällen, in denen besonders häufig Unterbringung und Pflege zu wünschen übrig lassen, die Möglichkeit polizeilicher Hilfe zu haben und damit eine Besserung der hygienischen Verhältnisse, unter denen viele uneheliche Kinder heranwachsen, erzielen zu können, haben wir den Antrag gestellt, auf solche Verhältnisse die

Polizeiverordnung über das Halten von Ziehkindern anzuwenden und damit die Notwendigkeit der polizeilichen Erlaubnis zum Halten von Ziehkindern vorzuschreiben. Der Antrag ist abgelehnt, weil in diesen Fällen von einem gewerbsmäßigen Halten von Ziehkindern keine Rede sein könne, vielmehr die Gewährung des Unterhaltes auf Grund der gesetzlichen Unterhaltspflicht als ausschlaggebend zu betrachten sei. Dies wird formal juristisch richtig sein; praktisch liegen diese Fälle meist nicht anders wie bei den Ziehmüttern, die ein oder zwei fremde Kinder in Pflege genommen haben.

Was nun zunächst die Anstellung der Pflegerinnen anbelangt, so erfolgt sie im Wege des Dienstvertrages. Über den Inhalt desselben und der einen Bestandteil des Vertrages bildenden Dienstanweisung verweise ich auf die

Anlage E,

deren Bestimmungen sich als durchaus zweckmäßig bewährt haben.

Für die ganze Überwachung der Säuglinge ist es von besonderer Wichtigkeit, daß die Pflegerin sich möglichst bald nach der Geburt an Ort und Stelle von der Unterbringung des Kindes und aller für die Folgezeit wichtigen Verhältnisse unterrichtet. Um das zu ermöglichen, teilen die Standesämter täglich dem Bureau sämtliche uneheliche Geburten mit. Möglichst bald nachher sucht die Pflegerin das Kind und dessen Mutter auf und benutzt zugleich diese Gelegenheit, um an der Hand des Fragebogens nach dem Muster in

Anlage F

alle für die Einleitung der Vormundschaft und die Sicherung der Unterhaltsansprüche wichtigen Tatsachen zu ermitteln. Nötigenfalls werden diese noch durch weitere Nachforschungen ergänzt. Sobald diese erledigt sind, wird eine Kinderkarte nach dem

Muster G

in zwei Ausfertigungen angelegt und der Fragebogen F in Ausfertigung an das Vormundschaftsgericht abgesandt, während die Urschrift bei den Akten verbleibt. Auf diese Weise ist es erreicht, daß meistens eine Woche nach dem Eingange der standesamtlichen Anzeige das Gericht in der Lage ist, den Vormund zu seiner Verpflichtung zu laden, daß häufig schon, wenn, was meistens geschieht, der Berufsvormund vorgeschlagen wird, die Verhandlungen wegen der Anerkennung der Vaterschaft und der Regelung der Unterhaltspflicht, wenn nicht abgeschlossen, so doch wesentlich gefördert sind.

Die eine Ausfertigung der Kinderkarte bleibt immer in den Händen der Pflegerin, die sie stets auf dem laufenden erhält und alle bei ihren Besuchen gemachten Wahrnehmungen kurz in dieselben einträgt. Die

andere Ausfertigung bleibt stets im Bureau und wird hier unter Kontrolle des Berufsvormundes als Bureauvorstehers von der Pflegerin mit ihrer Ausfertigung in Übereinstimmung gebracht. Um das zu erreichen, beginnen die Pflegerinnen ihre Tätigkeit stets morgens auf dem Bureau, wo sie zunächst die Ergebnisse ihrer tags zuvor gemachten Besuche in die Kinderkarten zu übertragen haben. Hier empfangen sie dann zugleich die neu eingegangenen Geburtsmitteilungen und sonstige Aufträge und begeben sich dann — etwa nach einer Stunde — in ihre Bezirke.

Außer mit den Standesämtern werden auch mit der Provinzial-Hebammenlehranstalt und dem — nicht städtischen — Säuglingsheime laufend Nachrichten über die dort geborenen, aufgenommenen oder gestorbenen Kinder ausgetauscht. Die von auswärts zugezogenen, für die Säuglingsfürsorge in Betracht kommenden Kinder werden durch das Meldeamt, die Kinder von Eltern, welche laufende Armenunterstützung beziehen, werden unter der gleichen Voraussetzung von der Armenverwaltung laufend dem Bureau mitgeteilt. So ist es uns gelungen, in möglichster Vollständigkeit die Fürsorge auf alle die Kinder zu erstrecken, für die sie bestimmt ist.

Die Pflegerinnen sind angewiesen, über solche Personen, welche geeignet und bereit sind, Pflegekinder im Säuglingsalter in Pflege zu nehmen, eine Liste zu führen, um sowohl der Armenverwaltung wie auch Privatpersonen nach Möglichkeit brauchbare Pflegestellen nachweisen zu können. Beiläufig sei bemerkt, daß die Armenverwaltung für Säuglingspflegestellen durchweg 15 Mark, private 18—25 Mark monatlich zahlen. Die Armenverwaltung gewährt daneben freie ärztliche Behandlung und Arznei, einmal im Jahre auch Kleidung. Ob diese verhältnismäßig geringen Sätze noch lange zu halten sind, ist allerdings fraglich.

Anderseits wird über Pflegemütter, die sich als unzuverlässig oder sonst ungeeignet bewährt haben, eine schwarze Liste geführt, in denen auch der Name oder das Aktenzeichen des Pflegekindes angegeben ist, bei dem die Ungeeignetheit sich gezeigt hat. Diese Einrichtung ist notwendig, um bei den häufig die Wohnung wechselnden, nicht einwandfreien Pflegemüttern jederzeit sich leicht unterrichten zu können, was sie sich in früheren Pflegestätten haben zuschulden kommen lassen.

Obwohl zur Durchführung der ganzen pflegerischen Aufsicht uns keine Zwangsmittel zur Verfügung stehen, ist sie meistens gelungen. Wie bereits hervorgehoben, ist dies im wesentlichen der umsichtigen Tätigkeit der Pflegerinnen zu verdanken. Zur Erleichterung der Durchführung der Aufsicht dienen die Bestimmungen, daß Stillprämien und Vorzugsmilch nur die Mütter und Pflegemütter erhalten, welche der Aufsicht sich unterstellen, und die Zusicherung freier ärztlicher Behandlung und Arzneien für die betreffenden Kinder in Krankheitsfällen. Um die Überweisung der Kinder an die zuständigen Bezirksärzte möglichst leicht zu bewirken, haben die Pflegerinnen Überweisungsscheine in Blockform bei sich, die von ihnen ausgefüllt und unterschrieben als Ausweis gegenüber dem

Amte dienen. Diese Vergünstigung ist bisher aber nicht in erheblichem Umfange in Anspruch genommen worden.

Nach dem jetzigen Stande hat jede Pflegerin ungefähr 160 bis 180 Kinder laufend zu überwachen. Damit wird ihre Zeit voll ausgefüllt. Eine Kontrolle der Mütter, welche nur zu Stillprämien zugelassen sind, durch Besuche der Pflegerinnen auszuüben, ist bei der großen Zahl nicht möglich gewesen; diese Kontrolle hat ausschließlich auf die Vorstellung der Kinder in den ärztlichen Beratungsstunden beschränkt werden müssen, was auch ausreichend gewesen ist.

Die Berufsvormundschaft.

Durch Vereinbarung mit den Vormundschaftsrichtern am 1. Juni 1906 ins Leben gerufen, hat die als Sammelvormundschaft eingerichtete Berufsvormundschaft sich in kurzer Zeit vorzüglich bewährt. Sie ist mit dem 1. April 1908 in die Organisation der Säuglingsfürsorge eingeordnet, in der sie namentlich bei der Durchführung der Unterhaltsansprüche ganz wesentliche Dienste leistet.

Als Berufsvormund ist ein Magistratsassistent angestellt, dem zwei weitere Beamte zur Erledigung der Bureauarbeit zugeteilt sind. In dem Bureau der Berufsvormundschaft werden gleichzeitig alle mit der allgemeinen Säuglingsfürsorge zusammenhängenden Arbeiten wie auch die Angelegenheiten des Gemeindewaisenrates erledigt.

Entsprechend dem Umfange der Säuglingsfürsorge tritt die Berufsvormundschaft bei allen unehelichen Kindern ein, wenn nicht der Großvater ausdrücklich die Bestellung zum Vormunde wünscht. Die Fälle, in denen dies der Fall ist, werden von Jahr zu Jahr seltener, so daß tatsächlich der Berufsvormund fast ausschließlich bestellt wird. Es ist hierdurch nicht nur eine schnelle Erledigung des Unterhaltsanspruches ermöglicht, sondern auch bei der zweckmäßigen Unterbringung der Kinder leistet der Berufsvormund gute Dienste, da er tatsächlich auf die Mutter einen erheblichen Einfluß hat und sie, der zwar die Sorge für die Person des Kindes zusteht, im Falle einer nicht einwandfreien Versorgung zu einem Wechsel der Pflegestellen leicht zu bestimmen vermag. Als Hilfsorgane sind dem Berufsvormunde die Pflegerinnen beigeordnet, mit denen er, wie oben dargelegt ist, in täglichem persönlichen Verkehr steht.

Beiläufig sei bemerkt, daß wir grundsätzlich die Berufsvormundschaft nur bis zum vollendeten zweiten Lebensjahre bestehen lassen. Wir befinden uns bei dieser Regelung in Übereinstimmung mit den hiesigen Vormundschaftsrichtern. Nur wenn zu diesem Zeitpunkte die Unterhaltsfrage ausnahmsweise noch nicht erledigt ist, bleibt der Berufsvormund noch länger im Amte. In allen anderen Fällen wird nach sorgfältiger Prüfung ein geeigneter und zur Übernahme des Amtes bereiter Einzelvormund bestellt, wobei wir in erster Linie Frauen vorschlagen. Da gleichzeitig Vorkehr getroffen ist, daß, sobald etwa der Vater nach dem

Ausscheiden des Berufsvormundes in der Zahlung der Unterhaltsgelder säumig wird, der Berufsvormund wieder — und zwar nur als Bevollmächtigter des Einzelvormundes — in Tätigkeit tritt, hoffen wir, einen Weg gefunden zu haben, der uns die Ausnutzung der Vorzüge der Berufs- wie der Einzelvormundschaft ermöglicht.

Schlußwort.

Die Erfahrungen des ersten Halbjahres, in welchem die nach den im vorstehenden dargelegten Grundzügen eingerichtete städtische Säuglingsfürsorge praktisch auf ihre Brauchbarkeit geprüft ist, haben gezeigt, daß sich ihre Maßnahmen bei treuer und freudiger Mitarbeit aller Beteiligten gut durchführen lassen. Ob der Zweck, die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, erreicht wird, muß wohl die Zeit lehren. Jetzt schon irgendwelche Erfolge ziffernmäßig nachgewiesen sehen zu wollen, ist ein unmögliches Verlangen. Das eine kann aber behauptet werden, daß es gelungen ist, das Verständnis für sachgemäße Ernährung, Wartung und Pflege zu verbreiten. Erst wenn dies Verständnis Gemeingut aller Mütter geworden ist, wird eine durchgreifende Besserung der Zustände erwartet werden können, die jetzt an der hohen Säuglingssterblichkeit mit schuld sind. Andere wesentliche Faktoren, wie namentlich die Ungunst der wirtschaftlichen Verhältnisse, können mit den von uns angewandten Mitteln niemals beseitigt werden, wie auch die wichtige Fürsorge für den hygienischen Verlauf des Wochenbettes außerhalb des Rahmens unserer Fürsorgebestrebungen liegt. Wir erheben auch niemals den Anspruch, das Mittel zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit angewandt zu haben, sondern haben von Anfang an in der kommunalen Säuglingsfürsorge nach den geschilderten Grundsätzen nur einen Versuch erblickt, der zeigen soll, ob auf diesem Wege auch ein Mittel gefunden werden kann, das in dem für unser Volk so wichtigen Kampfe mit Aussicht auf Erfolg anzuwenden ist.

II. Ärztlicher Bericht.

Von Prof. Dr. Martin Thiemich, städt. Kinderarzte.

Einleitung.

Die seit dem 1. April 1908 in Magdeburg eingeführte Organisation der Säuglingsfürsorge hat sich im ersten Halbjahre ihres Bestehens als durchführbar erwiesen.[1])

Aus den von Herrn Stadtrat Lindemann im vorstehenden Abschnitte angegebenen Zahlen ist ersichtlich, daß die getroffenen Einrichtungen in großem Umfange vom Publikum benutzt worden sind. Auch einige, nicht grundlegende Änderungen, die sich im Betriebe als wünschenswert herausgestellt haben, sind dort bereits erwähnt worden.

Die Durchführbarkeit der Organisation ist eine wichtige Voraussetzung ihrer Leistungsfähigkeit, sie bedeutet aber nicht die Lösung der großen Aufgabe, das gesundheitliche Niveau des frühen Kindesalters zu heben, die Erkrankungs- und Sterbeziffern möglichst herabzudrücken. Die kardinale Frage, ob mit der gegebenen Organisation und den gegebenen Mitteln diese Aufgabe gelöst worden ist beziehungsweise gelöst werden kann, ist naturgemäß nach der kurzen Zeitspanne eines Sommerhalbjahres nicht endgültig zu beantworten; wenn ich sie trotzdem aufwerfe und zu erörtern unternehme, verfolge ich dabei mehrere Gesichtspunkte.

Erstens hat eine Kommune, die bedeutende Mittel der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit opfert, begründeten Anspruch zu erfahren, in welcher Weise diese Mittel verwendet worden sind, und ob überhaupt Aussicht vorhanden ist, den Zweck zu erreichen. Derjenige, der durch seine praktische Tätigkeit in der Lage ist, zur Beantwortung dieser Frage beizutragen, ehe — in Jahr und Tag — die Zahlen der offiziellen Statistik die Antwort erteilen, und das ist m. E. der städtische Kinderarzt, muß also mit beständiger kritischer Aufmerksamkeit die Entwicklung der Fürsorge verfolgen und nötigenfalls so früh wie möglich Irrwege erkennen und aussichtsreichere vorschlagen.

Zweitens liegt mir daran, und dadurch hebt sich meine Studie über den Rahmen eines bloßen ärztlichen Rechenschaftsberichtes hinaus, auf-

[1]) Daß ich für die Berichterstattung nicht den Ablauf des ersten Jahres abgewartet habe, ist deshalb geschehen, weil Herr Stadtrat Lindemann Mitte November d. J. als Bürgermeister nach Kiel übergesiedelt ist und der Bericht gemeinsam erstattet werden sollte.

grund des mir vorliegenden umfangreichen Tatsachenmateriales den heutigen Stand der natürlichen und künstlichen Säuglingsernährung in Magdeburg und ihre Beziehungen zur Säuglingssterblichkeit zahlenmäßig festzulegen und dadurch ein möglichst treues Augenblicksbild zu schaffen, das später einen Vergleich mit den künftigen Zuständen und damit ein Urteil über Wert oder Unwert dieser Bestrebungen ermöglichen soll.

Drittens ergibt sich aus der eingehenden Beschäftigung gerade des Arztes mit den Verhältnissen, von denen die große Morbidität und Mortalität des ersten Kindesalters abhängig ist, eine immer genauere Kenntnis eben dieser von allen Seiten zu studierenden Verhältnisse, und darum sind diese Erfahrungen nicht wertlos bei der Lösung unserer Aufgabe.

Die Beratungsstunde.

Die Tätigkeit des städtischen Kinderarztes und der unter seiner Leitung und Verantwortung arbeitenden Assistenzärzte spielt sich ausschließlich in den Beratungsstunden ab. In die Häuslichkeiten der zur Fürsorge gehörenden Kinder hineinzugehen, ist ihm aus vielen Gründen unmöglich und auch kaum wünschenswert. Die ergänzenden Mitteilungen über die häuslichen Verhältnisse, soweit sie ärztliches Interesse haben, erhält der Arzt durch die das Kind zur Vorstellung bringenden Angehörigen und vor allem durch die städtischen Pflegerinnen, von denen jede den Beratungsstunden ihres Pflegebezirkes beiwohnt; sie hat dabei die Wägungen auszuführen und — soweit es möglich ist — der Arbeit des Arztes zu folgen, ihm erläuternde Angaben zu machen und von seinen Anordnungen Notiz zu nehmen.

Über alle besonderen Fälle, die im Drange einer vollen Sprechstunde nicht erörtert werden können, nimmt sie nach Schluß der Stunde mit dem Arzt Rücksprache und hat ihm dabei unter anderem über alle Todesfälle und Neuanmeldungen der letzten Woche zu berichten. Umgekehrt empfängt sie vom Arzte Anweisungen bezüglich der gesehenen Kinder, die nach irgendeiner Richtung hin ihre spezielle Aufmerksamkeit erfordern.

Die — nicht ad hoc geschaffenen — Lokale, in welchen die Beratungsstunden abgehalten werden, sind für den genannten Zweck nur mit den nötigen Möbeln und Gebrauchsgegenständen ausgerüstet; fließendes Wasser zum Händewaschen ist nirgends vorhanden. Dagegen besitzt jede Beratungsstelle eine gute Kinderwage mit einem aus Blech gefertigten Aufsatze. Zur Bedeckung desselben wird statt der zu teueren Leinentücher Seidenpapier verwendet, das auch bei oftmaligem Wechseln in jeder Stunde billig ist und sich bewährt hat. Von ärztlichen Instrumenten sind nur einige Nickelmundspatel vorhanden, die nach Gebrauch an Ort und Stelle auf einem Spirituskocher ausgekocht werden.

Die Sprechstunde beginnt um 9 Uhr und dauert je nach Bedarf eine bis mehrere Stunden. Die Frequenz war in der ersten Zeit mäßig stark, doch waren auch da Sprechstunden von 60 bis 70 Kindern nicht selten. Mit Beginn der Sommerprämie (vom 28. Juni an) stieg aber infolge

des Wegfalles der sechswöchigen Karenzzeit und durch die Zulassung aller unter einem Jahre alten Kinder die Frequenz so gewaltig an, daß Sprechstunden von weit über 100 die Regel bildeten und 150—180 Kinder an einem Vormittage nicht vereinzelt blieben. Als höchste Ziffer wurden Ende September einmal 189 Kinder notiert. Obgleich in dieser Zeit neben dem Kinderarzte der Assistenzarzt und die Medizinalpraktikantin der Säuglingsabteilung selbständig arbeiteten, dauerten die Sprechstunden häufig von 9 bis 1/41 oder 1 Uhr. Nur die große Zahl gesunder, gut gedeihender Brustkinder, die in dieser Zeit zwecks Empfangs der Stillprämie vorgestellt wurden, machte den Betrieb überhaupt möglich, weil sie verhältnismäßig wenig Zeit beanspruchen. Eine ähnlich große Menge kranker Kinder, bei denen eingehenderes Untersuchen und Ausfragen erforderlich ist, abzufertigen, würde ganz unmöglich gewesen sein.

Der größeren Bequemlichkeit wegen und um den durch die gleichzeitige Anwesenheit von 6—8 oder mehr Kindern und Müttern im Sprechzimmer ohnehin unvermeidlichen Lärm nicht ins Unerträgliche zu steigern, haben wir die Kinder auf dem Schoße der vor dem Arzte sitzenden Mütter untersucht. Über jedes Kind wird ein besonderes ärztliches Tableau geführt, das in der

Anlage H

beigegeben ist. Seine Anordnung ist ohne weiteres klar, auf die Bedeutung der ausführlichen Daten über vorangegangene Lebendgeburten komme ich später zurück. In dieses Tableau trägt die Pflegerin oder die als Schreibhilfe anwesende Person das Datum und Körpergewicht ein, der Arzt nach Besichtigung des Kindes alle ihm wichtig scheinenden Notizen und gegebenenfalls die ausgehändigten Prämienbeträge oder Milchmarken. Am Schlusse der Sprechstunde werden auf Grund dieser Tableaux die Prämien- und Milchmarkenlisten jedes einzelnen Tages zusammengestellt und zur Verrechnung an die Armendirektion eingereicht.

Hinsichtlich der Gewährung von Stillprämien haben wir, in Übereinstimmung mit der Vorlage vom 5. Oktober 1907, diejenigen Mütter nicht prinzipiell ausgeschlossen, welche wegen ihres ärztlich bestätigten Milchmangels oder aus sozialen Gründen eine Zwiemilchernährung durchzuführen gezwungen waren, vorausgesetzt, daß die Ernährung an der Brust noch einen beträchtlichen, uns für das Gedeihen des Kindes wichtig erscheinenden Anteil bildete. Dieses Entgegenkommen unsererseits hat in zahlreichen Fällen dazu geführt, daß das Stillen nicht vorzeitig ganz aufgegeben wurde. Bei älteren, 8—10 Monate alten Säuglingen haben wir in der Regel selbst geraten, eine aus Suppe und leichtem Gemüse bestehende Mahlzeit regelmäßig einzuführen, weil wir dies für eine zweckmäßige und ungefährliche Form der allmählichen Entwöhnung halten. Nur die Darreichung von Kuhmilch wurde bei diesen Kindern widerraten und, wenn sie sich feststellen ließ, mit Entziehung der Prämie beantwortet.

Die Kontrolle darüber, ob ein Kind ausschließlich Muttermilch erhält oder nicht, ist bei der Art des Sprechstundenbetriebes nicht immer

leicht und sicher möglich. Durch regelmäßige Untersuchung der Brüste und — sofern Zweifel auftauchen — der Stuhlgänge ist aber eine länger als eine oder zwei Wochen dauernde Täuschung meist zu vermeiden. In zweifelhaften Fällen haben wir das Kind in der Beratungsstunde an der Brust trinken lassen und die aufgenommene Mahlzeit mit der Wage bestimmt. Wurde dadurch unser Zweifel bestärkt, so haben wir die Prämie unter Mitteilung unseres Zweifels temporär gesperrt und die Mütter dadurch öfter zum Weglassen der Beikost bestimmt. In anderen Fällen belehrte uns das Nichtwiedererscheinen derselben, daß ihre Laktation tatsächlich unwiederbringlich zurückgegangen und unser Zweifel berechtigt gewesen war.

Es scheint uns aus psychologischen Gründen empfehlenswert, lieber einmal eine Prämie grundlos zurückzuhalten und nachträglich zu geben, als sie vertrauensselig zu gewähren, wenn nur das Kind Fortschritte macht. Dies führt leicht zu einer Unterschätzung des ärztlichen Urteilsvermögens, welche der Sache nicht förderlich ist.

Obwohl der Zweck der Beratungsstunden nicht die Behandlung kranker Säuglinge ist und sein darf, ist es unumgänglich nötig, im Falle des Nichtgedeihens eines Kindes den Ursachen der Störung nachzuforschen. Denn ohne dies ist auch die wesentlich prophylaktische und erzieherische Aufgabe unerfüllbar. Wie vieldeutig der durch die Wage festgestellte Gewichtsstillstand oder die Abnahme ist, braucht hier nicht erörtert zu werden. Hervorgehoben sei nur, daß zur richtigen Beurteilung eine eingehende Kenntnis der Ernährung und Ernährungsstörungen des Säuglingsalters unerläßlich ist, die nicht im Universitätsstudium, sondern nur durch eine spezielle klinische Vorbildung erlangt werden kann. Budin, der geistige Vater der modernen Beratungsstunden (consultations) hat das so ausgedrückt, daß jede „consultation“ soviel wert sei wie der Arzt, der sie leitet.

Zur Behandlung von Krankheitszuständen, welche nicht durch eine einfache Regelung (meist Einschränkung) der Ernährung oder Pflege zu beseitigen sind, stehen uns zwei Wege zur Verfügung.

In leichteren Fällen findet, wo kein Kassenarzt vorhanden und keine privatärztliche Behandlung begonnen ist, eine Überweisung an den zuständigen Bezirksarzt statt mittels eines von der Pflegerin ausgestellten Scheines. Trotzdem dadurch unentgeltliche ärztliche Behandlung und Arznei gewährt wird, sind unsere Scheine oft nicht benutzt worden. In schweren Fällen haben wir stets die Aufnahme ins Krankenhaus empfohlen; auch dieser Rat ist oft, trotzdem wir auf die im Krankenhause mögliche Ernährung durch Ammenmilch als einzige oder sicherste Rettung hinwiesen, nicht befolgt worden, am öftesten von den Großmüttern, welche ihre unehelichen Enkel in Pflege hatten. Bezahlte Ziehfrauen, denen eventuell die Entziehung der polizeilichen Erlaubnis zum Halten von Pflegekindern droht, sind meist viel fügsamer gewesen.

Dadurch, daß der städtische Kinderarzt gleichzeitig Oberarzt der Säuglingsabteilung in der städtischen Krankenanstalt Altstadt ist, und daß der Assistenzarzt und der Medizinalpraktikant dieser Abteilung neben ihren

Krankenhausdienste zugleich in den Fürsorgestunden tätig sind, ist eine sehr zweckmäßige, überhaupt unentbehrliche Verbindung zwischen offener und geschlossener Säuglingsfürsorge hergestellt, die ja notwendig Hand in Hand arbeiten und sich gegenseitig ergänzen müssen. Der in diesem Sommer hervorgetretenen Überlastung des ärztlichen Personales wird hoffentlich durch die bei der Stadtverordnetenversammlung erbetene Anstellung eines zweiten Assistenzarztes für die Folge vorgebeugt werden. Zugleich wird dadurch, soweit die zum Teil recht beschränkten Räumlichkeiten gestatten, ermöglicht werden, dem einzelnen Kinde mehr Zeit zu widmen und die Belehrung noch intensiver zu gestalten.

Es ist hier vielleicht angebracht hervorzuheben, daß diese mündliche Belehrung am konkreten Falle einen überaus wichtigen Bestandteil der ärztlichen Fürsorgearbeit bedeutet. Nur dabei ist es dem Arzte möglich, sich mit Erfolg den Müttern oder Pflegefrauen verständlich zu machen und seinen Belehrungen Nachdruck zu verleihen. Öffentliche Vorträge sind, wie der Kinderarzt sich in seinem früheren Wirkungskreise ebenso wie hier genügend überzeugt hat, dazu wenig geeignet, selbst wenn sie besucht werden. Solche Vorträge müssen stets zu allgemein gefaßt sein und stellen durch das Fehlen der lebendigen Anschauung an das Verständnis ungebildeter Hörer und Hörerinnen zu hohe Ansprüche. Ist doch im allgemeinen die Einsicht in den Wert prophylaktischer ärztlicher Beratung mit ihrem notwendigen Ankämpfen gegen eingewurzelte Vorurteile und Mißgriffe noch so wenig verbreitet, daß die Stillprämien geradezu als ein Lockmittel bezeichnet werden dürfen, durch welches die Mütter dieser prophylaktischen ärztlichen Beratung und Erziehung zugeführt und zugänglich gemacht werden sollen. Daß sie diesen Zweck, dessen Notwendigkeit man beklagen, aber nicht leugnen kann, ausgiebig erfüllt haben, geht aus der hohen Frequenz der Beratungsstunden hervor. Sieht man dies ein, so muß man ohne weiteres anerkennen, daß der Erfolg der Beratungsstunden nicht mit dem augenblicklichen Ergebnisse erschöpft und nach ihm zu beurteilen ist, sondern daß die ärztliche Arbeit fortwirkend und immer weitere Kreise beeinflussend ihre reifsten Früchte erst in künftigen Jahren tragen wird.

Der Besuch der Beratungsstunden war mindestens während der Zeit der Sommerprämiengewährung zweifellos größer, als für einen fruchtbringenden Betrieb wünschenswert ist. Eine Abhilfe dadurch zu schaffen, daß die Kinder seltener bestellt werden, erscheint kaum zweckmäßig. Wir haben bisher bei gut gedeihenden Kindern in der Regel alle 2—3 Wochen die Prämien ausgezahlt beziehungsweise für ebenso lange Zeit Milchmarken mitgegeben und den Eindruck gewonnen, daß längere Pausen nicht zu empfehlen sind. Kranke Kinder müssen natürlich noch öfter gezeigt werden.

Ein wirksamerer Ausweg ist die in Aussicht genommene Beschränkung des Kreises der zur Stillprämie Berechtigten durch Herabsetzung der Einkommensgrenze und der zugelassenen Altersstufe. Ich habe diese letztere Maßregel besonders empfohlen, weil einmal nach Ausweis der

amtlichen Statistik die Lebensgefahr für Kinder jenseits des vollendeten neunten Lebensmonates sehr gering ist, und zweitens, weil Kinder von 10—12 Monaten auch bei milchreichen Müttern neben der Brust noch soviel unkontrollierbare und im großen und ganzen unschädliche Beikost vom Familientisch erhalten, daß eine Sprechstundenkontrolle über den wirklichen Anteil der Brusternährung fast ausgeschlossen ist.

Eine nach Ende des ersten Lebensjahres zu zahlende kleine Schlußprämie wird genügen, die Mütter auch weiterhin zur Vermeidung grober Fehler zu veranlassen und uns gleichzeitig statistisch wichtige Aufschlüsse bringen, wie dauerhaft unsere Erfolge sich erweisen.

Die in der Anlage B gegebene Übersicht über den Umfang der Stillprämiengewährung lehrt, daß die Unehelichen und die aus steuerfreien oder sehr gering veranlagten Familien stammenden Kinder verhältnismäßig schwach an den Stillprämien teilgenommen haben.

Es ist nicht wahrscheinlich — wenn auch für die armen Ehelichen augenblicklich statistisch nicht zu kontrollieren —, daß dies auf einer so geringen Geburtenziffer beruht. Vielmehr sind diese Ärmsten — Eheliche wie Uneheliche — offenbar durch ihre soziale Notlage teils gezwungen, auf das Stillen überhaupt zu verzichten, teils außerstande, die Zeit zum Besuche der Beratungsstunden zu erübrigen. Das läßt sich auch dadurch nicht vermeiden, daß solche Mütter möglichst schnell außer der Reihe abgefertigt werden. Dazu kommt, daß die Stillprämien für diese Frauen keine wirkliche Hilfe in ihrer Notlage sind.

Noch mehr tritt das hervor bei der Gewährung von Milchmarken, die ja nur den idealen Wert der Versorgung mit besserer, aber ebenso teurer Milch besitzen.

Hier ist Abhilfe am schwersten und bis jetzt kaum tunlich. In vereinzelten Fällen haben wir, wenn Sanitätsmilch nötig schien und die Mütter zur regelmäßigen Vorstellung der Kinder bereit waren, eine entsprechende Geldbeihilfe oder Erhöhung der schon gewährten Armenunterstützung befürwortet und dank dem Entgegenkommen der Armendirektion auch erzielt; so ist wenigstens in einigen Fällen zu helfen gewesen.

Von den 465 unehelichen Lebendgeborenen in der Zeit vom 1. April bis 30. September 1908 sind 76 = rund 16 % in den Beratungsstunden nicht gezeigt worden. In dieser auf den ersten Blick hohen Summe sind aber alle diejenigen enthalten, welche kurz nach der in der Provinzialhebammenanstalt erfolgten Geburt, oft schon am zehnten oder elften Tage, nach auswärts verzogen und alle, welche im hiesigen Säuglingsheim untergebracht worden sind.

Von diesen letzteren ist nur ein kleiner Teil, der dort an der Mutterbrust ernährt wurde, zum Empfang der Stillprämie vorgestellt worden.

Rechnet man weiter diejenigen ab, deren Mütter besseren sozialen Ständen angehörten und aus Schamgefühl die Vorstellung in den Beratungsstunden ablehnten, dabei aber fast ausnahmslos gut für ihre Kinder sorgten, so bleibt nur eine kleine Zahl von Müttern beziehungsweise Groß-

müttern übrig, welche aus bösem Willen oder Mangel an Einsicht die Kinder der ärztlichen Besichtigung entzogen. Andere kamen zwar ein oder das andere Mal, aber sehr unregelmäßig und widerwillig, so daß hier die ärztliche Belehrung meist auf unfruchtbaren Boden fiel.

Wie groß die Zahl dieser offensichtlich besonders gefährdeten Kinder war, haben wir für die Berichtszeit nicht ausgezählt, immerhin scheint sie uns groß genug, um den Wunsch nach strengeren gesetzlichen Zwangsmaßregeln zum Schutze dieser Kinder nahezulegen.

Erfolge der Fürsorge.

a) Erfolge der Stillprämien.

Wie schon Herr Stadtrat Lindemann in seinen Ausführungen betont hat, sollen die Stillprämien als eine großzügige Propaganda für die Ernährung an der Mutterbrust aufgefaßt werden. Der Erfolg derselben soll sich keineswegs auf die Unehelichen als die der Fürsorge im engeren Sinne angehörigen beschränken; er ist aber, da nur diese schon früher einer ausreichenden Kontrolle unterstanden haben, bisher nur bei ihnen kontrollierbar. Wir haben deshalb die ausreichend genau geführten und gesammelten Aufzeichnungen des vorigen Jahres zum Vergleiche benutzt. Da die Stillprämien erst vom 1. April dieses Jahres an ihre Wirkung entfalten konnten, haben wir die Stillverhältnisse der vom 1. April bis 30. September dieses Jahres geborenen Unehelichen mit denen der während des gleichen Zeitraumes im vorigen Jahre Geborenen verglichen. Die folgenden Tabellen I—IV geben die Daten zunächst für die Altstadt und die drei wichtigsten Vorstädte, die Tabelle V die des gesamten Stadtbezirkes wieder.

I. Altstadt (inklusive Alte Neustadt und Wilhelmstadt).

Uneheliche Lebendgeborene vom 1./IV. bis 30./IX. **1907** = 212.
Davon überhaupt nicht gestillt 60 = 28·3%.
Von den überhaupt Gestillten ist die

Laktation abgeschlossen und hat gedauert:	Laktation noch nicht abgeschlossen und betrug bis Ende September 1907:
mindest. 10 Tage bei 39 Kindern = 18·4%	mindest. 10 Tage bei 7 Kindern = 3·3%
mindest. 6 Woch. bei 22 Kindern = 10·4%	mindest. 6 Woch. bei 9 Kindern = 4·2%
mindest. 3 Mon. bei 15 Kindern = 7·1%	mindest. 3 Mon. bei 25 Kindern = 11·8%

Ausreichende Angaben fehlen bei 15 Kindern.

Uneheliche Lebendgeborene vom 1./IV. bis 30./IX. **1908** = 274.
Davon überhaupt nicht gestillt 67 = 24·5%.
Von den überhaupt Gestillten ist die

Laktation abgeschlossen und hat gedauert:	Laktation noch nicht abgeschlossen und betrug bis Ende September 1908:
mindest. 10 Tage bei 45 Kindern = 16·4%	mindest. 10 Tage bei 40 Kindern = 14·6%
mindest. 6 Woch. bei 27 Kindern = 9·9%	mindest. 6 Woch. bei 29 Kindern = 10·6%
mindest. 3 Mon. bei 9 Kindern = 3·3%	mindest. 3 Mon. bei 48 Kindern = 17·5%

Ausreichende Angaben fehlen bei 9 Kindern.

Gestorben sind von den 274 Kindern bis Ende September 1908 48 Kinder = 17·5%.
Davon waren:

nie gestillt . . . . 28 Kinder = 58·3% der Gestorbenen
mindestens 10 Tage gestillt . 15 Kinder = 31·2% der Gestorbenen
mindestens 6 Wochen gestillt 5 Kinder = 10·4% der Gestorbenen
mindestens 3 Monate gestillt 0 Kinder = 0% der Gestorbenen.

II. Buckau.

Uneheliche Lebendgeborene vom 1./IV. bis 30./IX. 1907 = 35.
Davon überhaupt nicht gestillt 8 = 22·8%.
Von den überhaupt Gestillten ist die

Laktation abgeschlossen und hat gedauert:	Laktation nicht abgeschlossen und beträgt bis 30. September 1907:
mindest. 10 Tage bei 8 Kindern = 22·8%	mindest. 10 Tage bei 3 Kindern = 8·5%
mindest. 6 Woch. bei 5 Kindern = 14·3%	mindest. 6 Woch. bei 3 Kindern = 8·5%
mindest. 3 Mon. bei 5 Kindern = 14·3%	mindest. 3 Mon. bei 3 Kindern = 8·5%

Ausreichende Angaben fehlen bei 2 Kindern.

Uneheliche Lebendgeborene vom 1./IV. bis 30./IX. 1908 = 45.
Davon überhaupt nicht gestillt 12 = 26·6%.
Von den überhaupt Gestillten ist die

Laktation abgeschlossen und hat gedauert:	Laktation nicht abgeschlossen und beträgt bis 30. September 1908:
mindest. 10 Tage bei 10 Kindern = 22·2%	mindest. 10 Tage bei 1 Kind = 2·2%
mindest. 6 Woch. bei 4 Kindern = 8·9%	mindest. 6 Woch. bei 4 Kindern = 8·9%
mindest. 3 Mon. bei 0 Kindern = 0%	mindest. 3 Mon. bei 10 Kindern = 22·2%

Ausreichende Angaben fehlen bei 4 Kindern.

Gestorben sind von den 45 Kindern bis Ende September 1908 2 Kinder = 4·4%.
davon waren:

nie gestillt . . . . . 1 Kind = 50% der Gestorbenen
6—7 Wochen gestillt 1 Kind = 50% der Gestorbenen.

III. Sudenburg.

Uneheliche Lebendgeborene vom 1./IV. bis 30./IX. 1907 = 62.
Davon überhaupt nicht gestillt 21 = 33·9%.
Von den überhaupt Gestillten ist die

Laktation abgeschlossen und hat gedauert:	Laktation nicht abgeschlossen und beträgt bis 30. September 1908:
	noch nicht 10 Tage bei 2 Kindern = 3·2%
mindest. 10 Tage bei 10 Kindern = 16·1%	mindestens 10 Tage bei 5 Kindern = 8·0%
mindest. 6 Woch. bei 10 Kindern = 16·1%	mindestens 6 Woch. bei 6 Kindern = 9·6%
mindest. 3 Mon. bei 5 Kindern = 8·0%	mindestens 3 Mon. bei 2 Kindern = 3·2%

Ausreichende Angaben fehlen bei 1 Kinde.

Uneheliche Lebendgeborene vom 1./IV. bis 30./IX. 1908 = 62.
Davon überhaupt nicht gestillt 13 = 20·9%.
Von den überhaupt Gestillten ist die

Laktation abgeschlossen und hat gedauert:	Laktation nicht abgeschlossen und beträgt bis 30. September 1908:
mindest. 10 Tage bei 13 Kindern = 20·9%	mindest. 10 Tage bei 6 Kindern = 9·6%
mindest. 6 Woch. bei 5 Kindern = 8·0%	mindest. 6 Woch. bei 11 Kindern = 17·7%
mindest. 3 Mon. bei 8 Kindern = 12·8%	mindest. 3 Mon. bei 5 Kindern = 8·0%

Ausreichende Angaben fehlen bei 3 Kindern.

Gestorben sind von den 62 Kindern bis Ende September 1908 9 Kinder = 14·5 %, davon waren

nie gestillt . . . . . . 3 Kinder = 33·3 % der Gestorbenen
mindestens 10 Tage gestillt . 2 Kinder = 22·2 % der Gestorbenen
mindestens 6 Wochen gestillt 2 Kinder = 22·2 % der Gestorbenen
mindestens 3 Monate gestillt 2 Kinder = 22·2 % der Gestorbenen.

IV. Neue Neustadt.

Uneheliche Lebendgeborene vom 1./IV. bis 30./IX. 1907 = 61.

Davon überhaupt nicht gestillt 21 = 34·4 %.

Von den überhaupt Gestillten ist die

Laktation abgeschlossen und hat gedauert:	Laktation nicht abgeschlossen und betrug bis 30. September 1907:
mindest. 10 Tage bei 15 Kindern = 24·6 %	mindest. 10 Tage bei 1 Kind = 1·6 %
mindest. 6 Woch. bei 9 Kindern = 14·7 %	mindest. 6 Woch. bei 3 Kindern = 4·9 %
mindest. 3 Mon. bei 6 Kindern = 9·8 %	mindest. 3 Mon. bei 6 Kindern = 9·8 %

Ausreichende Angaben fehlen bei 0 Kindern.

Uneheliche Lebendgeborene vom 1./IV. bis 30./IX. 1908 = 84.

Davon überhaupt nicht gestillt 16 = 19·1 %.

Von den überhaupt Gestillten ist die

Laktation abgeschlossen und hat gedauert:	Laktation nicht abgeschlossen und betrug bis 30. September 1908:
	noch nicht 10 Tage bei 4 Kindern = 4·8 %
mindest. 10 Tage bei 15 Kindern = 17·8 %	mindestens 10 Tage bei 17 Kindern = 20·2 %
mindest. 6 Woch. bei 9 Kindern = 10·7 %	mindestens 6 Woch. bei 12 Kindern = 14·3 %
mindest. 3 Mon. bei 3 Kindern = 3·6 %	mindestens 3 Mon. bei 8 Kindern = 9·5 %

Ausreichende Angaben fehlen bei 0 Kindern.

Gestorben sind von den 84 Kindern bis Ende September 1908 14 Kinder = 16·6 %, davon waren:

nie gestillt . . . . . . 2 Kinder = 14·3 %
mindestens 10 Tage gestillt . 8 Kinder = 57·2 %
mindestens 6 Wochen gestillt 4 Kinder = 28·5 %

V. Magdeburg und Vororte insgesamt.

Uneheliche Lebendgeborene vom 1./IV. bis 30./IX. 1907 = 370.

Davon überhaupt nicht gestillt 110 = 30 %.

Von den überhaupt Gestillten 260 ist die

Laktation abgeschlossen und hat gedauert:	Laktation nicht abgeschlossen und betrug bis 30. September 1907:
noch nicht 10 Tage bei 0 Kindern	noch nicht 10 Tage bei 2 Kindern = 0·5 %
mindestens 10 Tage bei 82 Kindern = 22·3 %	mindestens 10 Tage bei 23 Kindern = 6·2 %
mindestens 6 Woch. bei 65 Kindern = 17·7 %	mindestens 6 Woch. bei 29 Kindern = 8·0 %
mindestens 3 Mon. bei 44 Kindern = 11·9 %	mindestens 3 Mon. bei 36 Kindern = 13·8 %

Ausreichende Angaben fehlen bei 19 Kindern.

Uneheliche Lebendgeborene vom 1./IV. bis 30./IX. 1908 = 462.

Davon überhaupt nicht gestillt 106 = 22·2 %.

Von den überhaupt Gestillten 354 ist die

Laktation abgeschlossen und hat gedauert:	Laktation nicht abgeschlossen und beträgt bis 30. September 1908:
noch nicht 10 Tage bei 0 Kindern	noch nicht 10 Tage bei 4 Kindern = 1·1%
mindestens 10 Tage bei 86 Kindern = 24·2%	mindestens 10 Tage bei 64 Kindern = 17·9%
mindestens 6 Woch. bei 45 Kindern = 12·7%	mindestens 6 Woch. bei 56 Kindern = 15·7%
mindestens 3 Mon. bei 20 Kindern = 5·6%	mindestens 3 Mon. bei 61 Kindern = 17·1%

Ausreichende Angaben fehlen bei 18 Kindern.

Gestorben sind von den 462 Kindern bis Ende September 1908 79 Kinder = 17·1%, davon waren:

nie gestillt	36 Kinder = 45·6%	der Gestorbenen
mindestens 10 Tage gestillt .	28 Kinder = 35·4%	der Gestorbenen
mindestens 6 Wochen gestillt	11 Kinder = 13·9%	der Gestorbenen
mindestens 3 Monate gestillt	2 Kinder = 2·5%	der Gestorbenen

Die Tabellen I—IV zeigen die große Verschiedenheit der einzelnen Stadtbezirke.

Aus Tabelle V ergibt sich, daß im Sommerhalbjahre 1908 76·8% aller in dieser Zeit ehelich lebend geborenen Kinder gestillt worden sind gegenüber nur 70% im Vorjahre. Diese Zahlen zeigen einesteils überhaupt sehr günstige Stillverhältnisse in Magdeburg, andernteils beweist die Zunahme der Stillfrequenz im letzten Jahre, daß wir mit unserer Stillpropaganda — pflegerische Überwachung und Stillprämien — auf dem rechten Wege sind.

Wir haben, um ein Urteil über die Gründe des Nichtstillens zu erlangen, eine kleine Statistik von dem Beobachtungsmateriale des Sommerhalbjahres 1908 aufgemacht, bei der wir als Nichtstillende alle diejenigen gerechnet haben, welche nicht wenigstens die ersten 6 Wochen lang ihre Kinder genährt haben. Die uns mitgeteilten Gründe haben wir zu diesem Zwecke in folgende 5 Gruppen zusammengefaßt: 1. Milchmangel, 2. Krankheit beziehungsweise Tod der Mutter, 3. Zwang der sozialen Verhältnisse, die eine Trennung von Mutter und Kind notwendig machten, sei es, daß die Mutter eine Stellung in fremder Häuslichkeit annehmen, sei es, daß sie zu ihren Angehörigen zurückkehren mußte und das Kind nicht mitbringen durfte, 4. Mangel an Einsicht: d. h. Bequemlichkeit, Leichtsinn, Indolenz gegenüber dem Neugeborenen, irreführende Beratung durch Großmutter oder Hebamme und schließlich zu kurze und mangelhaft geleitete Stillversuche, 5. Schwäche des Kindes, insbesondere saugschwache Früh- und Schwachgeburten (Zwillinge) bei Erstgebärenden. Es ist klar, daß oft mehrere dieser Gründe zusammentrafen beziehungsweise, daß Mangel an Verständnis für den Wert der Brusternährung das Stillen dort vereitelt hat, wo weder der Milchmangel so vollkommen, noch die Krankheit der Mutter oder die Schwäche des Kindes so schwerwiegend war, daß nicht eine Laktation hätte durchgeführt werden können.

Die 4. Gruppe: Mangel an Einsicht, ist also in unserer Statistik kleiner, als den realen Verhältnissen entsprechen würde, doch scheint uns

dieser Fehler unbedenklicher, als wenn wir mit Ignorierung des ganzen Milieus allen oft nur den Mangel an Einsicht beschuldigt hätten.

Nach dieser Erläuterung ergibt die Statistik folgendes:

Tabelle VI. Gründe des Nichtstillens.

I	II	III	IV	V
Milchmangel	Krankheit der Mutter	Zwang der sozialen Verhältnisse	Mangel an Einsicht	Schwäche des Kindes
31	27	69 darunter 4 Ammen	32	11

Am aussichtsreichsten für eine Beeinflussung durch unsere Fürsorgemaßregeln erscheint die Gruppe IV, während die Gruppen I, II und V im Gegenteile kaum eine Besserung erhoffen lassen. Denn es ist zu bedenken, daß zwar ein großer Teil der unehelichen Kinder von gesunden und kräftigen Müttern (Dienstmädchen, Wäscherinnen, Plätterinnen, Landarbeiterinnen, berufslosen Haustöchtern u. dgl.) abstammen, welche auch während der Schwangerschaft unter relativ günstigen hygienischen Bedingungen zu Hause oder in Anstalten (Hebammenlehranstalt, Säuglingsheim) gelebt haben, daß aber ein erschreckend hoher Prozentsatz seine Existenz dürftigen und bis zuletzt schwer arbeitenden und unzureichend genährten und gepflegten Müttern der niedrigsten Volksschichten (Fabrikarbeiterinnen u. dgl.) seine Existenz verdankt und in traurige Familienverhältnisse hineinwächst.

Mehr als ein Drittel macht die Gruppe III aus (69 : 174). Um in diesen zahlreichen Fällen, soweit es möglich erscheint, noch Hilfe zu bringen, und — was von entscheidender, später noch zu erörternder Wichtigkeit ist — die Stilldauer über die ersten Tage und Wochen hinaus zu verlängern, eröffnen sich vorläufig zwei Wege als vielleicht gangbar. Der erste würde darin bestehen, daß in geeigneten Fällen nach Prüfung der speziellen Verhältnisse durch die Pflegerin beziehungsweise die Organe der Armenverwaltung neben der regulären Prämie eine Geldbeihilfe gewährt wird, welche der Mutter für einige Wochen oder Monate den um des Kindes willen entgehenden Arbeitsverdienst ersetzt oder es ihr ermöglicht, mit einem sehr geringen Verdienst, z. B. aus einer Aufwartestelle od. dgl., das Leben zu fristen. Ein gewisser Fonds für derartige Extrastillprämien ließe sich wohl ohne Schaden für die Allgemeinheit oder allzu starke Belastung der Armenverwaltung durch generelle Herabsetzung der regulären Prämien auf etwa 1 M. pro Woche unter Verzicht auf die Staffelung der Prämien zusammensparen.

Immerhin wird die Zahl der auf solche Weise beim Stillen zu erhaltenden Mütter beschränkt sein und ein derartiger Versuch müßte zuerst in kleinstem Maßstabe vorsichtig angestellt werden.

Wirksamer, weil einer größeren Zahl von Müttern zugute kommend würde die Errichtung von Stillkrippen sein. Auf diesen zweiten Weg ist bereits in der Denkschrift vom 5. Oktober 1907 hingewiesen worden. Es erscheint als ein sehr glücklicher Gedanke, zunächst *eine* derartige Stillkrippe in nächster Nähe einiger großer Fabriken auf städtische Kosten einzurichten. Das Risiko ist gering und ein guter Erfolg wird auf die Wohltätigkeit der großen Fabriken von entscheidendem Einflusse sein. Die Bedeutung der Stillkrippen und ihre Organisation ist vom städtischen Kinderarzte in einem am 8. Mai 1908 gehaltenen Vortrag erörtert worden, der im Montagsblatte der Magdeburgischen Zeitung (vom 11. Mai, Nr. 19) abgedruckt ist.

Ein Notbehelf bis zur Errichtung von Stillkrippen und für stillende Arbeiterinnen, welchen keine Stillkrippe erreichbar ist, ist die bereits von einer Reihe von Fabriken ohne Lohnabzug gewährte Verlängerung der Arbeitspausen vor- und nachmittags. Nahe der Arbeitsstätte wohnende Mütter sind dadurch instand gesetzt, ihrem Kinde fünfmal am Tage in gehörigen Pausen die Brust zu reichen. Dies ist wichtig, weil die Einleitung einer Zwiemilchernährung bei wenige Wochen alten Kindern leicht zur vorzeitigen Entwöhnung führt. Leider scheitert überall da, wo die Mutter mit anderen in gemeinsamem Akkord arbeitet, die Verlängerung der Pause am Einspruche der Arbeitsgenossinnen.

Einige Arbeitgeber haben auf Bitte des Kinderarztes auch die Erlaubnis erteilt, die Säuglinge während der Arbeitspausen nach der Fabrik zu bringen und dort in einem zur Verfügung gestellten Raume (Kleiderablage, Verbandzimmer o. dgl.) zu stillen. Daß wenig von dieser Vergünstigung Gebrauch gemacht worden ist, liegt daran, daß es gewöhnlich an Personen fehlt, welche regelmäßig den Transport des Kindes übernehmen könnten.

Die aus dem Beobachtungsmateriale dieses Sommers (Tabelle I—V) berechnete Zahl der Toten (79 von 462 Lebendgeborenen = 17·1%) ist nicht direkt mit den üblichen Angaben der Sterblichkeitsprozente zu vergleichen; sie gibt jedenfalls ein viel zu günstiges Bild, weil unzweifelhaft von den am 1. Oktober 1908 noch lebenden, zwischen dem 1. April und dem 30. September 1908 geborenen Kindern noch manche vor Ablauf ihres ersten Lebensjahres sterben werden. Die auf 17·1% berechnete Sterblichkeit wird also nur als Vergleichszahl für spätere, nach den gleichen Prinzipien aufzustellende Statistiken dienen können.

Beachtenswerte Ergebnisse bietet die *statistische Bearbeitung der Angaben über die früheren Lebendgeburten*. Aus der Anlage H ist ersichtlich, in welcher Weise wir diese Notizen gesammelt haben. Die Todesursachen haben wir nach dem uns hier einzig interessierenden Gesichtspunkte in zwei Gruppen getrennt: erstens solche, welche den Tod unzweideutig als Folge einer Ernährungsstörung erkennen lassen, und zweitens andere, von der Ernährung unabhängige Todesursachen. Dabei muß vorweg bemerkt werden, daß wir diejenigen Erkrankungen, welche nur in mittelbarer Beziehung zur Ernährungsweise stehen, wie z. B. die eklampti-

schen Krämpfe des späteren und die Lungenentzündungen des ersten Säuglingsalters zu der Gruppe: Andere Todesursachen gerechnet haben. Somit umfaßt unsere Gruppe: Ernährungstod nur die Ernährungsstörungen im engeren Sinne.

Eine kleine Zahl von Angaben, welche keine Deutung zuließen, haben wir von der statistischen Bearbeitung vorsichtshalber ausgeschlossen. Eine Übersicht über die verwandeten 3146 Kinder gibt die folgende Tabelle VII.

Tabelle VII.

Stilldauer	Lebt	Ernährungstod	Andere Todesursachen	Summe	Prozent aller Geborenen
Nie gestillt	157	180	51	388	12·3
Mindestens 14 Tage gestillt	69	62	33	164	5·21
Mindestens 6 Wochen gestillt	118	79	38	235	7·4
Mindestens 3 Monate gestillt	249	58	67	374	11·88
Mindestens 6 Monate gestillt	1663	41	281	1985	63·1
Summe	2256	420	470	3146	
	= 71·7%	890 = 28·3%			

Der Einfluß der Ernährung auf die Sterblichkeitsverhältnisse kommt in einer Weise zum Ausdrucke, wie er nicht schärfer und überzeugender gedacht werden kann. Die Tabelle zeigt aber über diese kaum mehr bestrittene Tatsache hinaus etwas Neues, das uns von größter praktischer Tragweite zu sein scheint.

Die Abnahme der Todesfälle an Ernährungsstörungen geht nicht parallel der Stilldauer, insbesondere bestätigt sich für diese Kinder der niedrigen Volksklassen die allgemeine Annahme nicht, daß schon wenige Wochen oder Monate Brusternährung das Kind vor tödlichen Ernährungsstörungen schützen. Wir sehen von den mindestens drei Monate und länger, bis zum Ende des fünften Monates, gestillten Kindern noch immer fast ein Fünftel an Ernährungsstörungen zugrunde gehen. Erst der sechste Lebensmonat bildet eine Art Grenze; von den mindestens sechs Monate genährten Kindern ist nur ein Vierzigstel Ernährungsstörungen zum Opfer gefallen. Von den 281 Todesfällen aus anderen Ursachen trifft die Mehrzahl Tuberkulose, akute Infektionskrankheiten, Unglücksfälle u. dgl., also jedenfalls von der Ernährung im Säuglingsalter ganz unabhängige Todesursachen.

Obwohl diese aus anamnestisch erhobenen Daten berechneten Zahlen unvermeidliche Irrtümer und Ungenauigkeiten bergen, läßt die große Gesamtzahl von über 3000 Fällen annehmen, daß etwaige Fehler sich gegenseitig ausgleichen.

Die Konsequenz, die unseres Erachtens aus diesen Erhebungen gezogen werden muß, ist die Verlängerung der Stillprämie bis mindestens zum Ablaufe des sechsten Lebensmonates. Dies müssen wir als Ziel im Auge behalten und versuchen, die erkannte Notwendigkeit mit den vorhandenen Mitteln ins Gleichgewicht zu bringen. Ein wichtiger Schritt in dieser Richtung ist bereits dadurch geschehen, daß die Sommerprämien über die fünfzehnte Woche hinaus gewährt werden.

Die in der Tabelle vereinigten Zahlen haben aber noch nach einer andern Richtung hin ein großes Interesse. Wir sehen, daß von 3146 Magdeburger Kindern 1663 = 63·1 % sechs Monate und länger (vielfach bis zu einem oder anderthalb Jahren) genährt worden sind. Das ist ein Prozentsatz, dessen Höhe uns überrascht hat und über die Leistungsfähigkeit unserer weiblichen Bevölkerung ein günstiges Urteil gestattet.

Wir verkennen nicht, daß unsere Daten von Frauen gesammelt sind, welche mit Brustkindern zum Empfange der Stillprämie zu uns kamen, daß sie also von einem sozusagen ausgewählten Menschenmateriale herstammen, wir bezweifeln aber, ob analoge Erhebungen in vielen anderen Orten, in denen jetzt Stillprämien gewährt werden, ebenso günstige Stillverhältnisse aufdecken würden. *Jedenfalls scheint durch unser Vorgehen ein Weg gewiesen, um zu brauchbaren Vergleichszahlen (deren Fehlen oft schmerzlich empfunden worden ist) zu gelangen, sowohl für verschiedene Orte untereinander als für verschiedene Entwicklungsphasen in ein und derselben Bevölkerung.*

b) Erfolge der Kindermilch.

Eine notwendige Ergänzung der Fürsorgemaßnahmen bildet die Gewährung von unverfälschter und keimarmer Kuhmilch für jene Kinder, welche nicht gestillt werden können beziehungsweise tatsächlich nicht gestillt werden, und welchen anderweitig keine gleich gute Kuhmilch zur Verfügung steht. Die Befürchtung, daß durch die Erleichterung der künstlichen Ernährung der als das Wichtigste zu betrachtenden Stillpropaganda Abbruch geschehen könne, wird dadurch gegenstandslos, daß die Milch nicht umsonst abgegeben wird. Gleichzeitig wird damit, wie schon Herr Stadtrat Lindemann ausgeführt hat, einer mißbräuchlichen Verwendung der Vorzugsmilch der wirksamste Riegel vorgeschoben. Daß und aus welchen Gründen die Benutzung der Vorzugsmilch bislang hinter unseren Erwartungen zurückgeblieben ist, hat ebenfalls schon Herr Stadtrat Lindemann mitgeteilt.

Vom ärztlichen Standpunkte aus die Erfolge der Sanitätsmilchgewährung zu beurteilen, stößt auf die allergrößten Schwierigkeiten. Einmal ist auch die beste und frischeste Milch, die in tadelloser Beschaffenheit den Konsumenten täglich zugestellt wird, bis zum Verbrauche der letzten Trinkportion noch vielen Gefahren der Zersetzung preisgegeben.

um so größeren, je anhaltend heißer das Wetter und je unzweckmäßiger ihre Aufbewahrung und Behandlung im Haushalte ist. Aus den Erfahrungen der Milchküchen in Magdeburg wie andernorts wissen wir, daß selbst die Ausgabe der trinkfertig hergestellten Milchmischungen in sterilisierten Einzelportionen nicht vor gefährlichen Zersetzungen schützt, wenn die Nahrung nicht sorgfältig kühl gehalten wird. Wir werden danach, wo es sich um die Ernährung in den ärmsten und ungebildetsten Volksschichten handelt, die Sanitätsmilch keinesfalls für alle Erkrankungen verantwortlich machen können, welche auf eine stattgefundene Milchzersetzung hinzudeuten scheinen. Es ist ferner zu bedenken, daß diese Vermutung überhaupt stets nur mit Vorsicht ausgesprochen werden darf, weil wir analoge Erkrankungen und Mißerfolge bei ernährungsgestörten Kindern ebenso oft und schwer im Krankenhause sehen, wo der Gedanke, daß sie die Folge zersetzter Milch seien, ganz von der Hand zu weisen ist.

Erschwerend für die objektive Beurteilung der Sanitätsmilcherfolge kommt hinzu, daß die Milch, welche sonst für die Säuglingsernährung in Magdeburg und seinen Vororten verwendet wird, sehr verschiedener Art ist. Denn während im Innern der Stadt naturgemäß mehr oder minder weit transportierte Milch überwiegend vom Zwischenhändler gekauft wird, finden sich besonders in der Neuen Neustadt und in Sudenburg noch viele Ackerwirtschaften, und wenn auch die Kühlhaltung und Milchgewinnung in diesen keineswegs ideal ist, so wird dieser Nachteil dadurch aufgewogen, daß sie ihre Abnehmer meist mehrmals täglich mit frisch ermolkener unzersetzter Milch versorgen. Wir haben denn auch bei vielen Kindern, welche den Sommer hindurch mit solcher „Milch vom Ackerbürger" ernährt wurden, ungestörtes Gedeihen gesehen, dürfen aber nicht verschweigen, daß in allen diesen Fällen auch die sonstige Pflege der Kinder die denkbar beste war; denn interesselose und faule Frauen holen nicht eigenhändig zwei- oder dreimal täglich die frische Milch für ihre Kinder.

Trotz all dieser in der Sache liegenden Schwierigkeiten für die Beurteilung der Resultate haben wir die folgende Zusammenstellung gemacht, die einen vorsichtigen Vergleich zwischen der von uns ausgegebenen Sanitätsmilch und der Milch anderer Provenienz ermöglichen soll.

Zur Beurteilung der angegebenen Zahlen sei noch hinzugefügt, daß es sich dabei nicht ausschließlich um Kinder handelt, welche zwischen dem 1. April und 30. September geboren beziehungsweise in die Fürsorge eingetreten sind, aber überwiegend um junge Kinder, und daß nach Vollendung des ersten Lebensjahres nur ausnahmsweise bei sehr zurückgebliebenen und chronisch ernährungsgestörten Kindern Sanitätsmilch gewährt wurde. Zum Vergleiche sind deshalb mit anderer Milch ernährte Kinder höchstens bis zur genannten Altersgrenze herangezogen worden.

Tabelle VIII.

Ergebnisse der künstlichen Ernährung.

I. Altstadt (inklusive Alte Neustadt und Wilhelmstadt.

Mit Sanitätsmilch ernährt:		Ohne Sanitätsmilch ernährt:	
überhaupt	70	überhaupt	88
davon Mißerfolge	7	davon Mißerfolge	27
davon Tot[1]	4	davon Tot	14
davon Erfolg nicht zu beurteilen[2]	4	davon Erfolg nicht zu beurteilen	5

II. Buckau.

Mit Sanitätsmilch ernährt:		Ohne Sanitätsmilch ernährt:	
überhaupt	14	überhaupt	29
davon Mißerfolge	1	davon Mißerfolge	1
davon Tot	0	davon Tot	0
davon Erfolg nicht zu beurteilen	0	davon Erfolg nicht zu beurteilen	5

III. Sudenburg.

Mit Sanitätsmilch ernährt:		Ohne Sanitätsmilch ernährt:	
überhaupt	19	überhaupt	50
davon Mißerfolge	3	davon Mißerfolge	12
davon Tot	2	davon Tot	8
davon Erfolg nicht zu beurteilen	4	davon Erfolg nicht zu beurteilen	6

IV. Neue Neustadt.

Mit Sanitätsmilch ernährt:		Ohne Sanitätsmilch ernährt:	
überhaupt	17	überhaupt	54
davon Mißerfolge	3	davon Mißerfolge	18
davon Tot	3	davon Tot	11
davon Erfolg nicht zu beurteilen	0	davon Erfolg nicht zu beurteilen	5

V. Magdeburg und Vororte insgesamt.

Mit Sanitätsmilch ernährt:		Ohne Sanitätsmilch ernährt:	
überhaupt	120	überhaupt	221
davon Mißerfolge	14	davon Mißerfolge	58
davon Tot	9	davon Tot	33
davon Erfolg nicht zu beurteilen	8	davon Erfolg nicht zu beurteilen	21

Die Durchsicht der Tabelle lehrt, was von vornherein selbstverständlich war, daß mit der Sanitätsmilch Mißerfolge und tödliche Ausgänge nicht zu verhüten waren, daß aber im ganzen günstigere Resultate mit ihr erzielt sind als mit der Milch anderer Provenienz.

Als Schlußergebnis können wir also hier wie vorhin bei Besprechung der Stillprämienerfolge feststellen, daß wir auch vom ärztlichen Erfahrungskreise aus die Überzeugung gewonnen haben, daß Magdeburg sich mit seiner neu organisierten Säuglingsfürsorge auf einem verheißungsvollen Wege vorwärts bewegt.

[1] Die Toten sind in den Mißerfolgen mitgezählt.

[2] Wegen Komplikationen mit anderen Krankheiten nur kurze Zeit [illegible] beobachtete Fälle sind überhaupt nicht mit aufgeführt.



ANLAGEN.



Anlage A.

Eilt!

Steuerbureau.

Mit welchem Einkommen ist d

zur Steuer veranlagt?

Magdeburg, den 19

1. Ablehnen.

2. Genehmigen.

3. Zur nächsten Beratungsstunde bestellen.

4. Herrn Kinderarzt zur gefälligen Kenntnisnahme.

M.

Nr. des Hauptbuches für Stillprämien

Bezirk: Nr.

Magdeburg, den 19

An Amtsstelle erscheint d

wohnhaft straße Nr.

und erklärt:

Ich habe am

ein Kind namens

geboren. Die Geburt ist beim Standesamt

angemeldet.

Ich stille mein Kind selbst und bitte um Gewährung der Stillprämie.

Ich unterwerfe mich der Ziehkinderaufsicht und verpflichte mich, mein Kind in den ärztlichen Beratungsstunden vorzustellen.

v. g. u.

g. w. o.

Anlage B. Nachweisung über den Umfang der Stillprämiengewährung.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Monat	Es haben Stillprämie erhalten¹)							Summe	Gezahlte Stillprämien		Es sind ferner aus der Kl. über 1200 M. Anträge gestellt und abgelehnt	Lebensalter der Kinder am Tage der Prämiengewährung												Summe	Bemerkungen
	unehliche Kinder	eheliche Kinder, und zwar aus der Steuerklasse der Eltern										Monat													
		steuerfrei	420 bis 660	660 bis 900	900 bis 1050	1050 bis 1200	über 1200		M.	Pf.		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1908																									
April	21	2	4	16	13	5		61	160	—	8	—	29	23	9		—	—		—	—	—	—	61	
Mai	15	2	4	15	16	6	1	59	290	25	4	6	29	19	5	—							—	59	
Juni	20	2	14	25	13	9	—	83	378	25	11	5	51	19	8	—	—							83	
Juli	86	16	26	179	186	101	3	621	3102	—	61	78	102	60	42	38	48	15	36	45	25	14	8	623	
August	28	9	28	79	78	42	5	269	3465	25	17	88	80	26	12	11	10	4	7	5	7	—	—	252	
September	50	5	16	46	41	15	2	155	1237	50	4	73	34	13	2	3	2	2	1	1	—	—	—	156	
Summe	220	29	111	360	342	178	11	1251	16583	25	120	253	101	160	81	62	60	54	47	48	32	14	6	1233	
		1031																							

¹) Die Nachweisung enthält nur die in jedem Monat hinzugekommenen, nicht auch die von dem Vormonat übernommenen Kinder.

Anlage C.

Ausfertigung.

Zwischen dem Magistrat, Armendirektion, zu Magdeburg und

ist folgender Vertrag geschlossen worden:

§ 1.

Die
verpflichtet sich zur Lieferung der für die städtische Säuglingsfürsorge während der Zeit vom 1. April 1908 bis zum 31. März 1909 für die Pflegebezirke
erforderlichen Sanitätsmilch. Die Menge kann nicht angegeben werden, sie richtet sich nach dem jeweiligen Bedarf.

§ 2.

Solange eine anderweite Vereinbarung seitens der Vertragschließenden nicht getroffen wird, darf nur Milch aus geliefert werden.

§ 3.

Bezüglich der Gewinnung, Aufbewahrung, des Transportes, der Ablieferung und der Beschaffenheit der Milch und dergleichen gelten die diesem Vertrage angehefteten Bedingungen vom 2. Februar 1908, welche mit diesem Vertrage in ihrem vollen Umfange gleiche Kraft haben. Der § 18 der Bedingungen erhält folgenden Zusatz:

„Statt dieser Bezeichnung kann unter Genehmigung des Magistrates eine andere Einrichtung getroffen werden, um die Abnehmer auf die Notwendigkeit des sofortigen Abkochens der Milch hinzuweisen."

§ 4.

Sofern für die Gewinnung und den Verkehr mit Vorzugsmilch besondere Vorschriften von Staats Wegen oder durch polizeiliche Verordnungen erlassen werden sollten, finden diese Vorschriften auch auf die nach diesem Vertrage zu liefernde Milch Anwendung.

§ 5.

Die Lieferung der Milch darf nur in ½-Literflaschen erfolgen, die nach der Reinigung zu sterilisieren und nach der Füllung sofort zu schließen sind. Ein Flaschenpfand wird nicht erhoben.

§ 6.

Der Preis für 1 Liter Milch (= 2 Flaschen) beträgt 40 Pf., wovon die mit einem Ausweis des Magistrates versehenen Empfänger 21 Pf. und die Stadtgemeinde 19 Pf. zu zahlen haben. In welcher Weise Lieferant den vom Milchempfänger zu leistenden Betrag von 21 Pf. für das Liter einzieht, ist lediglich seine Sache, die Stadtgemeinde übernimmt hierfür keine Gewähr. Die Ausweise sind je am Schlusse des Monates zusammen mit der Rechnung an die Armendirektion einzusenden; nach erfolgter Prüfung erfolgt die Zahlung des Anteiles der Stadt (19 Pf. für das Liter) aus der Stadtkasse. Für abhanden gekommene Marken wird keine Zahlung geleistet. Flaschenbruch wird seitens des Magistrates nicht vergütet.

§ 7.

Eine stillschweigende Verlängerung des Vertrages findet nicht statt.

§ 8.

Die Stempelkosten des Vertrages trägt Lieferant.

Magdeburg, den 14. März 1908.

Der Magistrat,
Armendirektion.

Bedingungen

für die Lieferung von Milch für die städtische Säuglingsfürsorge in Magdeburg auf das Jahr 1. April 1908/09.

A. Auswahl, Überwachung und Fütterung der Milchtiere.

§ 1.

Zur Milchgewinnung dürfen nur gesunde Tiere verwendet werden, welche gesondert von den übrigen Milchtieren aufgestellt sein müssen. Neue Tiere dürfen erst nach zweitägiger Quarantäne und tierärztlicher Untersuchung, Kühe, die gekalbt haben, frühestens am achten Tage nach dem Abkalben eingestellt werden.

§ 2.

Die fortlaufende Überwachung des Gesundheitszustandes der Tiere hat der Lieferant auf seine Kosten einem approbierten Tierarzte zu übertragen. Die Untersuchung der Milchtiere, insbesondere des Euters, muß mit peinlichster Gewissenhaftigkeit unter Verwendung aller modernen Hilfsmittel ausgeführt werden. Ein Bericht des Tierarztes über das Ergebnis seiner Untersuchungen und den sonstigen bei der Überwachung von ihm gemachten Beobachtungen ist jedesmal für einen Monat bis zum 5. des nächsten Monates an den Magistrat, Armendirektion, einzureichen.

Der Name und Wohnort des Tierarztes ist dem Magistrat, Armendirektion, bei Beginn der Lieferung und so oft ein Wechsel in der Person eintritt, anzuzeigen.

§ 3.

Auf den negativen Ausfall der Tuberkulinprüfung wird grundsätzlich verzichtet, solange die genaue fortlaufende Überwachung durch den Tierarzt keinen Verdacht auf Euter-, Darm- oder Gebärmuttertuberkulose erweckt. Verdächtige Tiere sind ebenso wie alle irgendwie erkrankten sofort — eventuell ohne die Untersuchung durch den Tierarzt abzuwarten — aus dem Stalle zu entfernen.

§ 4.

Über den Milchertrag jeder Kuh ist ein Buch zu führen und auf Verlangen dem Magistrat, Armendirektion, oder seinen Beauftragten vorzulegen.

§ 5.

Die Fütterung hat nach den für die Gewinnung einwandfreier Milch für Kinder geltenden Regeln zu geschehen. Grundsätzliche Trockenfütterung ist nicht nötig. Von der Fütterung sind ausgeschlossen: in Zersetzung begriffenes, mit Schimmel-, Fäulnis- oder Gärungspilzen durchsetztes Futter, ferner eingesäuertes Futter, feuchte Biertreber, feuchte Schlempe, Schnitzel (ausgenommen getrocknete in mäßiger Menge), Melasse, Rübenblätter, weiße Rüben, Steck- und Kohlrüben, Fleisch-, Blut- oder Reisfuttermehle. Erlaubt ist frisches Gras oder frischer Klee und Weidegang auf guter Weide, vorausgesetzt, daß diese Fütterung nicht gelegentlich, sondern regelmäßig für längere Zeit erfolgt. Plötzlicher Übergang zur Grünfütterung ist zu vermeiden; vielmehr soll jeder erhebliche Wechsel in der Fütterung allmählich im Laufe von etwa 14 Tagen erfolgen.

§ 6.

Für das Futter müssen gute, insbesondere luftige, saubere und trockene, jederzeit kontrollierbare Aufbewahrungsräume vorhanden sein.

§ 7.

Bei eintretenden Durchfällen, welche für die Beschaffenheit der Milch sehr schädlich werden können, ist der Tierarzt jederzeit berechtigt, bestimmte Futtermittel zu verbieten.

B. Stallhaltung und Melkvorschriften.

§ 8.

Die Stall- und Melkordnung soll auf die Durchführung der größtmöglichen Sauberkeit gerichtet sein. Die Kühe sind täglich sorgfältig zu putzen. Die Streu muß ausreichend sein. Schimmeliges, faules oder bereits anderweit benutztes Stroh darf als Streu nicht verwendet werden. Stallmist ist möglichst bald zu entfernen. Die Reinigung des Stalles und Fütterung der Tiere hat nach dem Melken zu erfolgen.

§ 9.

Kranke, besonders mit Hautkrankheiten behaftete Melkpersonen dürfen nicht zugelassen werden.

§ 10.

Unmittelbar vor dem Melken sind von einer nicht mit dem Melken beauftragten Person die Euter und ihre Umgebung erst mit einem trockenen, danach mit einem eingefetteten sauberen Tuche abzureiben. Es darf hierbei nur unverdorbenes Fett verwendet werden.

§ 11.

Die Melker müssen vor dem Melken saubere helle Schürzen oder noch besser Schutzmäntel mit kurzen Ärmeln anlegen, Hände und Unterarme mit Wasser und Seife gründlich reinigen und sorgfältig abtrocknen.

§ 12.

Den Melkschemel hat der Melker umzuschnallen.
Während des Melkens ist der Schwanz der Kühe anzubinden.

§ 13.

Die ersten Strahle aus jeder Zitze sind wegzuspritzen.

§ 14.

Alle Melkeimer und Gefäße, mit denen die Milch direkt in Berührung kommt (Milchkannen, Filter usw.) sind deutlich zu kennzeichnen und dürfen im sonstigen Molkerei- oder Wirtschaftsbetriebe nicht verwendet werden. Sie müssen nach jedem Gebrauch mit heißer Sodalösung gereinigt und mit reinem kochendem Wasser nachgespült werden. Zum Ablaufen und Trocknen sind sie mit der Öffnung nach unten so aufzustellen, daß der Rand der Öffnung nicht beschmutzt wird und die Luft freien Zutritt zu den Gefäßen hat.

C. Behandlung der Milch nach dem Melken.

§ 15.

Das Gemelke jeder einzelnen Kuh ist unmittelbar nach dem Melken aus dem Stalle zu entfernen und durch ein den höchsten Anforderungen entsprechendes Filter zu seihen, welches für jede Melkzeit frisch beschickt werden muß.

§ 16.

Nach dem Seihen ist die Milch sofort auf 2 Grad Celsius herunterzukühlen und unverzüglich in tadellos gereinigte Flaschen zu füllen.

§ 17.

Der Flaschenverschluß ist stets sauber zu halten. Flaschen mit Pappscheibenverschluß sind erwünscht.

§ 18.

Auf jede Flasche ist ein breiter Papierstreifen zu kleben, welcher in deutlicher, hervorstechender Schrift nur die Worte: Sofort abkochen!, aber keinerlei Firmenbezeichnung oder dergleichen zu enthalten hat.

§ 19.

Während der Aufbewahrung und des Transportes ist die Milch so kühl zu halten, daß sie niemals bis zur Ablieferung an den Verbraucher die Temperatur von 10 Grad Celsius überschreitet.

§ 20.

Die Ablieferung soll möglichst in den frühen Morgenstunden geschehen, was besonders im Sommer äußerst wichtig ist, und muß bis spätestens 11 Uhr vormittags beendet sein.

§ 21.

Niemals darf ältere Milch als die vom Abend vorher ausgegeben werden. Wird zum Teil Abendmilch des vorhergehenden und Morgenmilch desselben Tages verwendet, so dürfen diese Gemelke nicht vermischt werden.

D. Milchbeschaffenheit.

§ 22.

Die Milch muß absolut rein und unverfälscht und darf nicht mit Teilen anderer Gemelke vermischt sein. Ihr darf nichts entzogen und nichts hinzugefügt werden, insbesondere ist die Anwendung irgendwelcher Konservierungsmittel oder Alkalien zur Verdeckung der Säuerung verboten.

E. Überwachung der Innehaltung der Bedingungen.

§ 23.

Der Magistrat, Armendirektion, ist berechtigt, die Innehaltung aller Bedingungen jederzeit durch von ihm beauftragte Personen überwachen zu lassen.

Der Beauftragte hat zu diesem Zwecke jederzeit Zutritt zu den Stall-, Futter- und allen sonstigen Räumen, die für die Produktion, die Aufbewahrung und den Transport der Milch in Betracht kommen. Auch sind ihm alle sonstigen Einrichtungen und Gerätschaften, die für die Erfüllung der vorgeschriebenen Bedingungen in Betracht kommen, auf Verlangen vorzuzeigen.

Wegen der Milchbeschaffenheit unterwirft sich der Lieferant der Entscheidung des städtischen Nahrungsmitteluntersuchungsamtes, die für die Beurteilung, ob die Vertragsbestimmungen innegehalten sind, ausschließlich maßgebend ist.

§ 24.

Der Lieferant ist verpflichtet, die Melkzeiten zu Beginn der Lieferung und in der Folge jede Änderung derselben dem Magistrat, Armendirektion, mitzuteilen.

§ 25.

Er ist ferner verpflichtet, alle Ausstellungen, welche bei diesen Prüfungen gemacht werden, im Rahmen der vorliegenden Vertragsbedingungen, ohne Verzögerung oder Widerspruch zu beseitigen.

§ 26.

Die Wichtigkeit der Säuglingsfürsorge im öffentlichen Interesse erfordert die genaueste Erfüllung aller vorstehend vereinbarten Bedingungen. Zur Sicherung dieses Zweckes hat sich der Lieferant den nachfolgenden Vertragsstrafbestimmungen zu unterwerfen unter ausdrücklichem Verzicht auf den Einwand des mangelnden eigenen Verschuldens:

1. Jede Verfälschung der gelieferten Milch im weitesten Sinne, wozu auch die Beimischung älterer und von solchen Tieren gewonnener Milch gehört, welche nach Abschnitt A der Bedingungen ausgeschlossen sind, hat die Nichtbezahlung der ganzen Tageslieferung zur Folge.

2. Bei Überschreitung der erlaubten Temperaturen wird ein Drittel der Tageslieferung, bei Wiederholung der gleichen Verfehlung innerhalb des Kalendermonates wird die Tageslieferung das erste Mal zu zwei Dritteln, jedes weitere Mal im ganzen Umfange von der Bezahlung ausgeschlossen.

3. Jede andere Verfehlung gegen die Lieferungsbedingungen, insbesondere gegen die Vorschriften über Fütterung, Stallhaltung, Melkgeschäft, Behandlung und Ablieferungsfrist der Milch wird in jedem Einzelfalle mit einem Abzuge von 20 M. vom Preise der Tageslieferung geahndet.

F. Allgemeine Bestimmungen.

§ 27.

Der Lieferant ist verpflichtet, den Abnehmern gegen Hergabe der vom Magistrat, Armendirektion, ausgegebenen Berechtigungszeichen die Milch nach dem Preise von 21 Pf. für 1 Liter zu verabfolgen. Der Unterschied zwischen diesem Preise und dem Vertragspreise wird ihm vom Magistrat, Armendirektion, gegen Rückgabe der Berechtigungszeichen vergütet.

§ 28.

Der Lieferant hat am Schlusse jedes Kalendermonates, spätestens bis zum 8. Tage des neuen Monates, beim Magistrat, Armendirektion, eine Rechnung einzureichen und hierbei auch die an den einzelnen Tagen bewirkten Lieferungen aufzuführen.

Die Bezahlung erfolgt unmittelbar nach Prüfung und Feststellung der Rechnung durch die Armenkasse.

Magdeburg, den 2. Februar 1908.

Der Magistrat,
Armendirektion.

Anlage D.

Monat	Verausgabte Milchmarken					Summa 2–6	Eingegangene Milchmarken						Summa der Milchmarken
	Bezirk						Magdeburger Molkerei			Bezirksverein			
	I	II	III	IV	V		Zahl	Betrag M.	Betrag Pf.	Zahl	Betrag M.	Betrag Pf.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1908													
April	2126	721	315	992	318	4472	2147	135	98	501	31	28	2648
Mai	828	592	406	1040	616	3292	2344	148	39	999	63	17	3343
Juni	1032	534	504	1184	620	3884	2512	153	69	1170	74	10	3682
Juli	1228	651	560	1214	1144	4797	2626	153	65	1462	93	86	2088
August	968	412	724	2250	553	4904	2852	180	63	1740	110	20	4592
September	1774	702	1039	1835	707	6122	3130	204	37	2160	136	80	5290
Summa	7771	3612	3548	8515	4028	27475	15511	982	31	8032	509	35	23563

Monat	Sind Liter à 19 Pf.	Summa Betrag		Gezahlte Stillprämien					Summa Betrag		Bemerkungen
				Bezirk							
				I	II	III	IV	V			
		M.	Pf.	Mark					M.	Pf.	
	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1908											
April	992½	187	71	11,25	23,25	14,75	69,75	48,00	169	—	
Mai	1114½	211	66	51,75	38,25	16,25	110,00	64,00	290	25	
Juni	1227½	233	19	95,25	66,00	32,00	190,00	154,00	538	25	
Juli	1302½	247	51	698,25	344,00	382,25	757,75	748,75	2932	—	
August	1509½	290	83	938,25	979,75	692,25	1688,00	1167,00	5465	25	
September	1796½	341	37	1478,75	1217,75	1268,25	1764,25	1629,50	7357	50	
Summa	7854½	1493	27	3243,50	2671,00	2406,75	4580,75	3791,25	16693	25	

Anlage E.

Ausfertigung.

Nach Tarifstelle 71 b 2 des Preußischen Stempelsteuergesetzes vom 31. Juli 1895 stempelfrei.

Zwischen dem Magistrat, Armendirektion, zu Magdeburg und der Frau zu Magdeburg ist folgender Vertrag geschlossen worden:

Frau wird als besoldete Armenpflegerin angestellt. Die Obliegenheiten sind in der „Dienstanweisung für die vom Magistrat — Armendirektion — angestellten besoldeten Pflegerinnen vom 2. April 1908" enthalten. Diese Dienstanweisung ist ein Teil dieses Vertrages. Es bleibt der Armendirektion jederzeit unbenommen, eine andere Bezirkseinteilung vorzunehmen und die Dienstanweisung zu ändern.

Die Übernahme irgendwelcher Nebenbeschäftigung ist nicht gestattet.

Als Entschädigung erhält Frau monatlich nachträglich zahlbar 75 M. — Pf., in Worten: — fünfundsiebzig Mark — aus der Stadtkasse. Ruhegehaltsansprüche werden durch diesen Vertrag nicht erworben.

Die Beiträge zur Ortskrankenkasse sowie zur Invalidenversicherung tragen die Vertragschließenden in gesetzlicher Höhe. Beiden Teilen steht jederzeit eine einmonatliche Kündigung dieses Vertrages zu. Bei groben Verstößen gegen die Dienstanweisung ist die Armendirektion berechtigt, den Vertrag ohne vorherige Kündigung jederzeit aufzuheben.

Magdeburg, den April 1908.

Der Magistrat,
Armendirektion.

Dienstanweisung

für die vom Magistrat, Armendirektion, angestellten besoldeten Pflegerinnen.

§ 1.

Die Pflegerinnen werden vom Magistrat, Armendirektion, im Wege des zivilrechtlichen Dienstvertrages angenommen. Sie erlangen durch die Anstellung keine Beamteneigenschaft.

Den Anordnungen des Magistrats, Armendirektion, ist unbedingt Folge zu leisten.

§ 2.

In der eigentlichen pflegerischen Tätigkeit im Gebiete der Säuglingsfürsorge sind sie dem städtischen Kinderarzte unterstellt.

§ 3.

Jeder Pflegerin wird ein bestimmter Bezirk überwiesen.

§ 4.

Der Aufsicht durch die Pflegerin unterstehen alle in ihrem Bezirke wohnhaften Kinder bis zum vollendeten zweiten Lebensjahre, auf welche die für die städtische Säuglingsfürsorge festgesetzten Bestimmungen Anwendung finden.

Außerdem hat sie alle sonstigen ihr von der Armendirektion zugewiesenen Aufträge aller Art zu erledigen.

§ 5.

Die Pflegerinnen sind zugleich Hilfsorgane des städtischen Berufsvormundes, dem sie in vormundschaftlichen Angelegenheiten nachgeordnet sind.

Meinungsverschiedenheiten sind dem Vorsitzenden der Armendirektion direkt vorzutragen.

§ 6.

Die Pflegerin hat die Pflicht, darüber zu wachen, daß die ihrer Aufsicht unterstellten Kinder so ernährt, gewartet und gepflegt werden, wie es im Interesse der gesunden Entwicklung der Kinder notwendig ist.

Sie hat deshalb den Müttern und Pflegemüttern in dieser Beziehung mit Rat und Tat zur Seite zu stehen und durch freundliches, taktvolles und doch bestimmtes Wesen dahin zu streben, daß ihren Anordnungen und Ratschlägen freiwillig und gern Folge geleistet wird.

§ 7.

Die Pflegerin hat die ihr neu überwiesenen Kinder sobald als möglich, spätestens binnen 3 Tagen, zu besuchen und sich von ihrem Befinden und der Art ihrer Unterbringung zu überzeugen.

In der Folge hat sie die Kinder, so oft es nach den Verhältnissen der Kinder und der Pflegestelle notwendig ist, mindestens aber bei Kindern unter 2 Monaten alle 4 Wochen, bei älteren Kindern mindestens alle 8 Wochen einmal persönlich zu besuchen und sich hierbei selbst davon zu überzeugen, wie die Kinder genährt, gebettet, gewaschen, gebadet, gekleidet und in welcher Weise sie sonst behandelt werden. Sie hat ferner die gehörige Lüftung der Schlaf- und Wohnzimmer und zu geeigneten Zeiten das Austragen der Kinder ins Freie zu veranlassen.

§ 8.

Die Mütter und Pflegemütter, welche bei der Ernährung der Kinder nicht nach den gegebenen Bestimmungen verfahren, hat die Pflegerin in sachgemäßer Weise zu belehren und zu [illegible], bestehende Mängel soweit als möglich in Güte zu beseitigen. Erscheint in solchen Fällen eine häufigere, strenge Beaufsichtigung geboten, so hat sie bei der Armendirektion Anzeige zu erstatten. Eltern und Pflegeeltern, welche ihrer Aufsicht Hindernisse in den Weg legen, sind ebenfalls der Armendirektion namhaft zu machen.

§ 9.

Die Pflegerin darf sich durch ansteckende Krankheiten, welche in der betreffenden Wohnung oder dem betreffenden Hause bestehen, von dem Besuch der Kinder nicht abhalten lassen, muß aber bei ferneren Besuchen die nötige Vorsicht durch Umkleiden oder dergleichen beobachten.

Über ihre Wahrnehmungen bei den Besuchen, namentlich über vorgefundene Mißstände, Ordnungswidrigkeiten, Erkrankte, nicht mehr vorgefundene, [illegible] nicht amtlich überwiesene Kinder hat sie der Armendirektion allwöchentlich, dringendenfalls aber sofort Bericht zu erstatten.

§ 10.

Die Pflegerin hat darauf zu halten, daß die ihr unterstellten Kinder nach näherer Bestimmung des Kinderarztes in der Beratungsstunde ihres Bezirks vorgestellt werden.

Bei neugeborenen Kindern ist darauf zu achten, daß die erste Vorstellung sobald als möglich erfolgt. Ist das Kind im Sommer 3, im Winter 6 Wochen nach der Geburt noch nicht vorgestellt, ist dem Kinderarzt und nach dessen Entscheidung eventuell der Armendirektion Anzeige zu machen.

Die Vorladungen der Mütter und Pflegemütter zu den Beratungsstunden hat die Pflegerin [illegible] und mit genauer Adresse versehen [illegible] am zweiten

Tage vor der Beratungsstunde an die Empfängerinnen beziehungsweise in deren Wohnungen abzuliefern. Die Aushändigung der Vorladungen an nicht zu den Wohnungsgenossen gehörende Hausbewohner ist unzulässig.

Wenn den Vorladungen nicht Folge geleistet wird, ist dem Kinderarzt Mitteilung zu machen.

§ 11.

Die Pflegerin hat mit größtem Nachdruck dafür zu sorgen, daß die Kinder im Säuglingsalter, soweit es irgend möglich ist, von den Müttern gestillt werden. Die Mütter sind immer wieder auf die Wichtigkeit und die Bedeutung der natürlichen Ernährung hinzuweisen, auch auf die Gewährung von Stillprämien an stillende Mütter aufmerksam zu machen.

Wo künstliche Ernährung zu erfolgen hat, sind die Mütter eventuell Pflegemütter wegen der Verabfolgung von guter Säuglingsmilch auf die Verordnung des Kinderarztes in den Beratungsstunden hinzuweisen.

Wird solche Milch verordnet, hat die Pflegerin durch häufige Besuche die sachgemäße Behandlung und Verwendung der Milch zu überwachen, dabei auch den Müttern bei Zubereitung der Nahrung in der jeweilig vom Kinderarzt vorgeschriebenen Form zur Hand zu gehen.

Zuwiderhandlungen gegen die Anordnungen des Kinderarztes, falsche Behandlung oder Verwendung der Milch usw. sind sofort dem Kinderarzt zu melden.

§ 12.

Zeigen sich bei einem Kinde Krankheitszeichen, ist es von der Pflegerin mit einem Schein dem zuständigen Bezirksarzt zu überweisen.

Die Behandlung durch den Bezirksarzt erfolgt unentgeltlich; ebenso werden die erforderlichen Arzneien unentgeltlich abgegeben.

Die Pflegerin hat sich möglichst am nächsten Tage davon zu überzeugen, ob das Kind in ärztlicher Behandlung steht. Ist dies nicht der Fall, ist dem Kinderarzt und auf dessen Anordnung der Armenkommission Anzeige zu machen.

Kranke Kinder sind möglichst oft durch die Pflegerin zu besuchen.

Die Behandlung kranker Kinder durch den Bezirksarzt ist nicht ausschließlich vorgeschrieben, auf Wunsch und auf Kosten der Mütter und Pflegemütter ist die Behandlung durch Privatärzte durchaus zulässig.

Unter allen Umständen ist der Pflegerin die Verwendung von Arzneien ohne ärztliche Verordnung und von sogenannten Hausmitteln streng untersagt.

§ 13.

Bei unehelichen Kindern hat die Pflegerin auf die Heranziehung des Erzeugers zum Unterhalt zu achten und die Beteiligten eventuell zu bestimmen, daß sie die Hilfe des Berufsvormundes in Anspruch nehmen.

§ 14.

Der Dienst der Pflegerinnen beginnt morgens 8 Uhr und dauert täglich mindestens 8 Stunden. Dringende Besuche sind auch außerhalb der gewöhnlichen Dienststunden und auch an Sonn- und Feiertagen auszuführen.

Die Pflegerin ist dafür verantwortlich, daß sämtliche ihrer Aufsicht unterstellten Kinder so oft von ihr besucht werden, als es die Verhältnisse der einzelnen Pflegefälle erfordern. Ohne eine bestimmte und schematisch bindende Vorschrift zu geben, wird sie täglich etwa 15 Besuche zu machen haben.

§ 15.

Über jedes Kind führt die Pflegerin ein Kontrollblatt, in das sie alle Eintragungen gemäß dem Vordruck zu machen und jeden Besuch mit kurzer Angabe des Befundes zu vermerken hat.

Das Kontrollblatt ist mit dem auf dem Bureau geführten Zählblatt von der Pflegerin stets in Übereinstimmung zu halten. Zu diesem Zweck hat sie an jedem Werktage vormittags 8 Uhr im Geschäftszimmer der Armendirektion sich einzufinden.

Besondere Vorfälle sind mit Bericht der Armendirektion zu melden.

§ 16.

Den Pflegerinnen kann jährlich ein Urlaub bis zu einer Woche bewilligt werden.

In diesem wie in anderen Behinderungsfällen haben die Pflegerinnen sich gegenseitig nach näherer Anweisung des Kinderarztes zu vertreten.

Alle Urlaubs- und sonstigen Gesuche sind durch die Hand des städtischen Kinderarztes an die Armendirektion einzureichen.

§ 17.

Änderungen und Ergänzungen dieser Dienstanweisung behält sich die Armendirektion jederzeit vor.

Magdeburg, den 2. April 1908.

Der Magistrat.
Armendirektion.

Anlage F.

Der Magistrat
Armendirektion
Abteilung für Waisenpflege.

Journ.-Nr.
(Wir bitten, auf der Antwort diese Nummer anzugeben.)

Magdeburg, den

(

1. zu laden zur Verpflichtung als Vormund:

oder

2. zu befragen zur Anerkennung der Vaterschaft:

der

oder

3. beizufügen [illegible]

M.)

Bitte Einleitung der Vormundschaft über das
von der unverehelichten
am   geborene Kind (Vorname) als
dringlich mit Antworten [illegible] Fragen.

I. A.:

An
das Königliche Amtsgericht
Vormundschaftsabteilung

a) Stand und Einkommen der Kindesmutter?

b) Wann und wo ist sie geboren?

c) Wo befindet sich das Kind in Pflege und wie heißt es?

d) Wer ist der Erzeuger dieses Kindes? (Genaue Adresse ist anzugeben.)

e) Wann und wo ist derselbe geboren? (Falls unter 21 Jahren: wer ist sein gesetzlicher Vertreter, Vater, Mutter, Vormund?)

f) Soll derselbe über Anerkennung der Vaterschaft und Zahlung von Unterhaltsgeldern gerichtlich vernommen werden?

g) Wieviel Unterhaltsgelder werden vierteljährlich verlangt?

h) Wer wird als Vormund vorgeschlagen?

i) Will der Vater der Kindesmutter Vormund werden?

k) Hat die Kindesmutter schon geboren, zutreffendenfalls wann? Wo befindet sich das Kind? Wo wird die Vormundschaft geführt?

Anlage G.

Stadtbezirk:

Aktenzeichen des Vormundschaftsgerichtes.

Aktenzeichen der Armendirektion.

Familienname: Vorname:

geb. am zu

in Magdeburg zugezogen am von

Name und Wohnung des Vormundes

Familienstand, Name (bei Witwen und Geschiedenen **auch** Geburtsname), Wohnung und Beschäftigung:

a) der Mutter

b) des unehel. Vaters

Ist die Vaterschaft gerichtlich anerkannt?

Wieviel hat der unehel. Vater nach gerichtlicher Festsetzung zu zahlen (monatlich)?

Wieviel zahlt er **tatsächlich?**

Aus welchem Grunde zahlt er event. nicht?

Das Kind													Wer zahlt		Gesamtzahl der Ziehkinder in derselben Pflege	Bemerkungen
wohnt		bei der			bei anderen Verwandten				bei Fremden				Pflegegeld	[illegible]		
Straße	Nr.	Mutter	[illegible]	[illegible]	welchen?	[illegible]	[illegible]		welchen?	[illegible]	[illegible]					

Tag	[illegible]	Tag	Resultate

Anlage II.

Aktenzeichen der [illegible]

Name des Kindes:
Geburtstag: Geburtsort:
Eintritt in die Fürsorge am: im Alter von: gesund, krank?
Name und Beruf der Eltern bzw. der Mutter:

Wohnung der Eltern (Mutter):

Wohnung des Kindes:
In Pflege bei: der Mutter, der Großmutter, anderen Verwandten, Fremden?

Bemerkungen über die Pflege:

Brust bis: Beikost von:
Grund des Nichtstillens bzw. Absetzens:

Bisherige Ernährung und Entwicklung:

Angaben über die vorhergegangenen Lebendgeburten: wieviel?
z. Z. am Leben?

Nr.	Wie lange gestillt?	Falls gestorben: a) Alter beim Tode	Falls gestorben: b) Todesursache	Nr.	Wie lange gestillt?	Falls gestorben: a) Alter beim Tode	Falls gestorben: b) Todesursache
1				7			
2				8			
3				9			
4				10			
5				11			
6				12			

Datum und Grund des Ausscheidens:
Zustand beim Ausscheiden (Schlußurteil):

Datum	Körpergewicht	Befund, Verlauf und Ernährung	Stillprobe	Milchverordnung





ERGEBNISSE DER SÄUGLINGSFÜRSORGE.

HERAUSGEGEBEN VON

PROF. DR. ARTHUR KELLER,
DIREKTOR DES KAISERIN AUGUSTE VICTORIA HAUSES ZUR BEKÄMPFUNG
DER SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT IM DEUTSCHEN REICHE.

VIERTES HEFT.

ERGEBNISSE
EINER
STILLSTATISTIK
IM
REGIERUNGSBEZIRK MAGDEBURG
FÜR DIE JAHRE 1906 UND 1907.

VON

REG.- UND GEH. MED.-RAT DR. C. DENEKE UND SAN.-RAT DR. W. THORN,
MAGDEBURG.

LEIPZIG UND WIEN.
FRANZ DEUTICKE.
1909.

[illegible]

[illegible]

Die folgenden Ausführungen nebst den beiden Statistiken verdanken ihre Entstehung einer Erörterung der Stillfrage in der Magdeburger Medizinischen Gesellschaft. Der Mangel an genügend zuverlässigem und über einen größeren räumlichen Kreis sich erstreckendem Zahlenmaterial über die Häufigkeit und die Dauer des Stillens an der Mutterbrust in Stadt und Land legte den Wunsch nahe, mit Unterstützung der Kreisärzte und der Hebammen im Regierungsbezirke Magdeburg beiden Fragen näherzutreten. Sollten aber die Ermittelungen den möglichen Grad von Zuverlässigkeit erreichen, so war es wünschenswert, die Umfrage auf dem dienstlichen Wege zu halten.

Der Herr Regierungspräsident stellte sich dem Wunsche sehr entgegenkommend gegenüber und genehmigte die Einziehung der Erhebungen in seinem Namen.

Die Aufstellung der beiden Statistiken (I und II) für die Jahre 1906 und 1907 ist durch folgende Verfügung veranlaßt worden:

Der Regierungspräsident.
I. D. 4094. Magdeburg, den 19. November 1906.

Im Interesse der Säuglingsfürsorge und zur Klärung der Frage, ob das Stillen an der Mutterbrust in der Abnahme begriffen ist, ist es mir erwünscht, über die fraglichen Zustände im hiesigen Regierungsbezirk unterrichtet zu sein.

Zu diesem Zweck ersuche ich die Herren Kreisärzte ergebenst,

1. die im Januar 1907 eingereichten Hebammentagebücher bezüglich der Frage 11: „Wurde das Kind durch die Mutter oder eine Amme gestillt oder nicht? Warum nicht?" **für das Jahr 1906** zu kontrollieren und mir bis zum 1. März 1907 über das Ergebnis eine Zusammenstellung einzureichen, die folgende Fragen beantwortet:
   a) Wieviel lebensfähige Kinder haben die Hebammen Ihres Kreisarztbezirkes entbunden?
   b) Wieviel dieser Kinder wurden gestillt?
   c) Allgemeine summarische Angabe der Gründe, warum die lebensfähig geborenen Kinder nicht gestillt wurden?
2. **für das Jahr 1907** die Hebammen Ihres Bezirks zu veranlassen, zur Ausfüllung des anliegenden Fragebogens, von dem Ihnen —— Exemplare zugehen, und mir kurzer Hand die gesammelten und ausgefüllten Fragebogen sämtlicher Hebammen bis zum 15. Mai 1908 einzureichen.

In Vertretung:
von Haugwitz.

An
die Herren Kreisärzte
des Bezirks.

Anlage zu I. D. 4094

Ermittelung der Häufigkeit des Stillens an der Mutterbrust im Regierungsbezirk Magdeburg für das Jahr 1907.

(Von jeder Hebamme am 1. Mai 1908 **ausgefüllt** an den zuständigen Herrn Kreisarzt einzusenden.)

Name der Hebamme?

Wohnort der Hebamme: im Kreise —

1. Wieviel lebende und am Leben gebliebene Kinder haben Sie 1907 entbunden?

2. Wieviel Kinder wurden gestillt?

3. Wieviele dieser Kinder wurden länger als 3 Monate gestillt?

4. Welche hauptsächlichen Gründe lagen vor, weshalb die Mütter ihre Kinder überhaupt nicht stillten oder nicht länger als 3 Monate stillten?

a) Waren die Warzen und Brüste ungeeignet oder

b) war keine genügende Milch vorhanden oder

c) mußte die Mutter des Berufes oder der Arbeit wegen das Stillen unterlassen oder vor 3 Monaten aufgeben, usw.

Für die Statistik I sind sämtliche Tagebücher der Hebammen des Regierungsbezirks von den Kreisärzten der Durchsicht unterzogen.

Die der Statistik II zugrundeliegenden Fragebogen sind von sämtlichen ausübenden Hebammen des Regierungsbezirks ausgefüllt, mit Ausnahme von zwei im Kreise Jerichow II wohnenden, von denen die eine wegen Erkrankung an der Ausübung der Praxis verhindert war, die andere aus dem Kreise mit unbekanntem Reiseziele verzogen ist.

Statistik 1, 1906.

Laufende Nummer	Kreis	Name des Kreisarztes	Wieviel lebensfähige Kinder sind 1906 von den Hebammen im Kreise entbunden?	Wieviele der Kinder sind 8 Wochen gestillt von der Mutter?	Prozentsatz von 5 : 4	Angabe der Gründe, warum die lebensfähigen Kinder nicht gestillt wurden
1	2	3	4	5	6	7
1	**Aschersleben** (Stadt)	Medizinalrat Dr. Tampke	838	696	83·1	142 Kinder wurden künstlich ernährt, und zwar: 97 wegen Milchmangels, 45 aus sonstigen Gründen.
2	**Calbe**	Medizinalrat Dr. Kühn	3.431	2.917	85·0	514 Kinder wurden künstlich ernährt, und zwar: in der überwiegenden Mehrzahl wegen Mangels an Milch, in 15 Fällen etwa wegen großer Schwäche der Mütter, in 4 Fällen wegen Lungenschwindsucht und in einigen Fällen wegen nicht weiter bezeichneter Krankheiten der Mütter. Von den Anhaltinischen Hebammen sind im Kreise Calbe nach den eingesandten Entbindungsverzeichnissen noch 39 Kinder entbunden. Bei diesen fehlten die näheren Angaben über Stillen oder Nichtstillen der Mütter.
3	**Gardelegen**	Geheimer Medizinalrat Dr. Probst	1.814	1.630	89·9	184 Kinder wurden künstlich ernährt, und zwar: in 84 Fällen wegen Mangels an Milch, in 23 Fällen wegen schlechter Warzen, in 28 Fällen wegen Krankheit der Mütter, in 4 Fällen wegen Todes der Mütter, in 8 Fällen aus Erwerbsrücksichten, in 9 Fällen wegen Schwäche des Kindes, in 1 Falle wegen Abneigung des Kindes, die Brust zu nehmen, in 7 Fällen war ein Grund nicht vorhanden.
		Seite . .	6.083	5.243	—	840 künstlich ernährt.

Laufende Nummer	Kreis	Name des Kreisarztes	[illegible]	[illegible]	Prozentsatz von Sp. 4	Angabe der Gründe, warum die lebensfähigen Kinder nicht gestillt wurden
1	2	3	4	5	6	7
		Übertrag.	6.083	5.242	—	840 künstlich ernährt.
4	**Halberstadt** (Stadt)	Medizinalrat Dr. Moritz	1.103	922	83·6	181 Kinder } wurden künstlich ernährt, und zwar wegen:
5	**Halberstadt** (Land)	Derselbe	1.124	943	83·9	181 Kinder } ungenügender oder fehlender Nahrung, Kleinheit der Warzen, Notwendigkeit für die Mutter, auf Arbeit zu gehen, Krankheit der Warzen und der Brüste, Krankheit der Mutter (Schwindsucht, Schwäche, Nervenleiden usw., Kindbettfieber), Ammentätigkeit, Scham vor zahlreichen größeren Kindern (in einem Falle) und infolge ärztlichen Verbots aus unbekanntem Grunde (2 Fälle).
6	**Jerichow I**	Medizinalrat Dr. [illegible]	2.477	2.060	83·2	417 Kinder wurden künstlich ernährt, und zwar: in 26 Fällen wegen ungeeigneter Warzen und Brüste, in 172 Fällen wegen Fehlens genügender Milch, in 172 Fällen infolge Abhaltung durch Beruf oder Arbeit oder sonst, in 47 Fällen nicht angegeben.
7	**Jerichow II**	Dr. Pfeffer	1.485	1.193	80·3	292 Kinder wurden künstlich ernährt, und zwar, in 40 Fällen hatte die Mutter keine Milch, in 28 Fällen weigerte sich die Mutter, in 9 Fällen war die Mutter krank, in 8 Fällen waren die Warzen schlecht.
		Seite	12.272	10.360	—	1.911 künstlich ernährt.

Laufende Nummer	Kreis	Name des Kreisarztes	Wieviel lebensfähige Kinder sind 1906 von den Hebammen im Kreise entbunden?	Wieviele der Kinder ... wurden gestillt ...	Prozentsatz von 5 : 4	Angabe der Gründe, warum die lebensfähigen Kinder nicht gestillt wurden
1	2	3	4	5	6	7
		Übertrag . .	12.272	10.361	—	1.911 künstlich ernährt.
	Jerichow II					in 1 Falle ging die Mutter wieder in Stellung, in 1 Falle lief die Milch von selbst ab, in 1 Falle faßte das Kind nicht. Bezüglich der übrigen 204 Fälle konnten die Gründe nicht festgestellt werden.
8	**Magdeburg**	Geheimer Medizinalrat Dr. Straßner	5.554	4.878	87.8	676 Kinder wurden künstlich ernährt, und zwar: in 334 Fällen, weil die Mutter schwächlich war oder keine Milch hatte, in 120 Fällen aus Rücksicht auf das Geschäft, in 70 Fällen wegen schlechter Warzen, in 3 Fällen wegen Bildungsfehler, in 31 Fällen wegen Lebensschwäche, in 32 Fällen wegen Krankheit der Mutter oder weil vom Arzte verboten, in 75 Fällen ohne Grund abgelehnt, in 11 Fällen von Ammen gestillt.
9	**Neuhaldensleben**	Dr. Schade	2.161	1.889	87.4	272 Kinder wurden künstlich ernährt. Die Hebammen sagen ziemlich übereinstimmend aus, daß ein noch größerer Teil der Kinder gestillt werden könnte, jedoch fänden sie oft bei ihren Bemühungen Abneigung, namentlich bei Erstgebärenden, diese stillten auch oft nur so lange, als die Wochenbesuche der Hebammen dauerten. Mehrgebärende sähen oft
		Summe . .	19.987	17.128	—	2.859 künstlich ernährt.

Laufende Nummer	Kreis	Name des Kreisarztes	Wieviel lebensfähige Kinder sind 1908 von den Hebammen im Kreise entbunden?	Wieviele der Kinder sind 8 Wochen gestillt in der Mutterbrust?	Prozentsatz von 5:4	Angabe der Gründe, warum die lebensfähigen Kinder nicht gestillt wurden
1	2	3	4	5	6	7
		Übertrag .	19.987	17.128	—	2.859 künstlich ernährt
	Neuhaldensleben					schon die Vorteile des Stillens ein. Mehrere Hebammen erwähnen auch, daß die von den Standesämtern verteilten Merkblätter des Vaterländischen Frauenvereines günstig gewirkt hätten. Unfähigkeit zum Stillen — Drüsenschwund, flache Warzen — sehr selten.
10	**Oscherleben**	Dr. v. Jngersleben	1.764	1.513	85·8	251 Kinder wurden künstlich ernährt, und zwar: in 26 Fällen wegen Erkrankung der Mutter im Wochenbette, in 225 Fällen aus Mangel an Nahrung. Der hohe Prozentsatz derjenigen Kinder, die an der Mutterbrust ernährt wurden, ergibt sich daraus, daß die von den Hebammen gemachten Beobachtungen sich nur auf die ersten Wochen nach der Entbindung beziehen. Zu Spalte 4. Die Zahl der lebendgeborenen Kinder beträgt 1813, von diesen sind 49, die während der ersten 10 Tage starben, vom Kreisarzte nicht berücksichtigt.
11	**Osterburg**	Medizinalrat Dr. Janert	1.179	898	76·2	281 Kinder wurden künstlich ernährt, und zwar wegen: Krankheiten der Mutter, schlecht ausgebildeter Warzen und äußerer Umstände, wie Stellung als Amme oder Dienstmädchen, zuweilen auch Bequemlichkeit und böser Wille (Bezirk Wahrenberg).
		Seite . .	22.930	19.539	—	3.391 künstlich ernährt.

Laufende Nummer	Kreis	Name des Kreisarztes	[illegible]	[illegible]	Prozentsatz von 5 : 4	Angabe der Gründe, warum die lebensfähigen Kinder nicht gestillt wurden.
1	2	3	4	5	6	7
		Überträg.	22.930	19.538	—	3.390 künstlich ernährt
12	**Quedlinburg**	Medizinalrat Dr. Tampke	2.072	1.859	89·7	213 Kinder wurden künstlich ernährt, und zwar: 168 wegen Milchmangels, 45 aus sonstigen Gründen.
13	**Salzwedel**	Dr. Holthoff	1.474	1.209	82·0	256 wurden durch die Flasche ernährt, bei 9 Kindern fehlte eine diesbezügliche Notiz. Der Grund für das Nichtstillen ihrer Kinder lag bei der Mehrzahl der Mütter: in der Unfähigkeit zum Stillen — Nahrungsmangel oder schlechte Beschaffenheit der Warzen —, in wenigen Ausnahmefällen in dem schlechten Willen oder der Notwendigkeit der Mütter, wegen Wiederaufnahme ihrer Dienstes sich von ihren Kindern zu trennen.
14	**Stendal**	Geheimer Medizinalrat Dr. Plange	2.327	1.935	83·2	392 Kinder wurden künstlich ernährt, und zwar wegen: Krankheit der Brustwarzen, Lungen-, Gehirn- und Nervenkrankheiten der Mütter und äußerer Verhältnisse (Eintritt in den Dienst usw.).
15	**Wanzleben**	Dr. Thilow	2.891	2.378	82·3	513 Kinder wurden künstlich ernährt, Gründe sind in den Tagebüchern der Hebammen nur in einer kleinen Anzahl von Fällen (131) angegeben, und zwar: 1. Unfähigkeit der Mutter zum Stillen (in 96 Fällen). 2. Abneigung der Mutter gegen das Stillen oder Erwerbsverhältnisse der Mutter (in 23 Fällen). 3. Unfähigkeit des Kindes zum Saugen (in 12 Fällen).
		Seite	31.694	26.929	—	4.765 künstlich ernährt, bei 9 Kindern fehlte eine diesbezügliche Notiz.

Laufende Nummer	Kreis	Name des Kreisarztes	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Angabe der Gründe, warum die lebensfähigen Kinder nicht gestillt wurden
1	2	3	4	5	6	7
		Übertrag	33.694	28.920	—	4.765 künstlich ernährt, bei 9 Kindern fehlte eine diesbezügliche Notiz.
16	Grafschaft **Wernigerode**	Dr. Friedel	908	811	89·3	127 Kinder wurden künstlich ernährt, und zwar wegen: Krankheit, Milchmangels, schlecht entwickelter Brustwarzen oder anderweiter Behinderung der Mütter. Nur in 3 Fällen wurde von den Hebammen unbegründete Weigerung der Mütter angegeben.
17	**Wolmirstedt**	Dr. Kluge	1.544	1.258	81·5	286 Kinder wurden künstlich ernährt. In einem Drittel der Fälle sind in den Entbindungslisten der Hebammen Gründe für das Nichtstillen überhaupt nicht angegeben, beim zweiten Drittel ist Mangel an Nahrung als Ursache angeführt, beim letzten Drittel: nicht selten Unlust der Mutter und häufiger ärztliches Verbot, am seltensten: mangelhafte Beschaffenheit der Brustwarzen.
		Zusammen	36.176	28.989	84·9	5.178 künstlich ernährt, bei 9 Kindern (Kreis Salzwedel) fehlte eine diesbezügliche Notiz.

Statistik II. 1907.

Laufende Nummer	Kreis, Wohnorte und Hebammen	[illegible]	[illegible]	Prozentsatz von Spalte 4 zu 3	[illegible]	Prozentsatz von Spalte 6 zu 3	Welche hauptsächlichsten Gründe lagen vor, weshalb die Mütter ihre Kinder überhaupt nicht oder nicht länger als 3 Monate stillten? a [illegible]	b [illegible]	c [illegible]	d Tod, Krankheit der Mutter lagen vor in Fällen	d Tod, Krankheit des Kindes lagen vor in Fällen	e Gründliche Abneigung des Kindes lagen vor in Fällen	e Gründliche Abneigung der Mutter lagen vor in Fällen	f [illegible]	g [illegible]
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Aschersleben (Stadt).														
	Hebamme:														
1	Bachheister	73	69	94·5	32		—	—	28	2	7	—	—	—	—
2	Poede	88	80	90·9	63		1	2	10	1	—	—	—	—	—
3	Förster	76	65	85·5	48		8	14	6	—	—	—	—	—	—
4	Kluge	9	6	66·7	6		1	1	—	1	—	—	—	—	—
5	Liesler	107	85	81·4	74		—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	Marquardt	70	42	60·0	42			17	8	3	—	—	—	—	—
7	Rohe	67	52	77·6	41		—	12	8	3	4	—	—	—	—
8	Schmidt	43	26	60·5	19		—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	Starke	70	65	92·9	65		—	—	5	—	—	—	—	—	—
10	Staß	182	69	38·0	38		15	12	—	—	—	—	—	—	—
11	Zahn	6	5	83·3	4		—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Summa	721	560	77·7	432	60	25	38	60	10	12	—	—	—	—
	Kreis **Calbe.**														
1	Aken (Krieg)	107	83	77·6	69		—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	„ (Kühnapfel)	117	106	90·7	78		—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	„ (Räder)	128	106	82·8	69		4	—	18	—	23	—	1	—	—
4	Atzendorf (Schäfer)	35	25	71·4	15		—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	„ (Weinschenk)	68	62	91·2	31		—	9	16	—	—	—	—	—	4
6	Barby (Duvigneau)	52	40	77·0	34		6	7	5	—	—	—	—	—	—
7	„ (Meyer)	75	62	82·7	60		—	—	—	—	11	—	—	—	—
8	„ (Pfennig)	23	21	91·3	18		2	—	—	—	—	—	—	—	—
9	Biere (Friedrich)	12	10	83·3	6		—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	„ (Frucht)	57	50	87·7	40		—	—	—	—	—	—	—	—	—
11	Borne (Hohmann)	69	56	81·2	35		—	—	—	—	—	—	—	—	—
12	Breitenhagen (Franke)	27	15	55·6	13		—	7		4	—	—	—	—	—
13	Brumby (Hohmann)	28	23	82·1	16		4	8	—	—	2	—	—	—	1
14	Calbe (Grupe)	66	57	86·4	20		—	—	—	—	11	—	—	—	—
15	„ (Obel)	96	68	70·8	40		7	12	6	8	—	—	—	—	—
16	„ (Paulert)	93	69	74·2	30		12	4	3	—	—	—	—	4	—
17	„ (Spohleder)	92	91	98·9	91		6	4	4	—	—	—	—	—	—
18	Eggersdorf (Buschkamp)	30	20	66·7	20		2	5	—	—	2	—	—	—	—
19	Eickendorf (Ernst)	40	28	70·0	25		2	3	3	—	—	—	—	—	—
20	„ (Welzage)	11	9	81·8	4		—	—	—	—	—	—	—	—	—
21	Felgeleben (Egeler)	59	52	88·1	40		7	9	1	—	—	—	—	2	—
	Seite	1285	1053	—	743	—	57	61	58	7	49	—	1	7	5

Laufende Nummer	Kreis Wohnorte und Hebammen	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Welche Hauptursachen wurden dafür angegeben, weshalb die Mütter ihre Kinder überhaupt nicht oder nicht länger als 2 Monate stillten?								
							a	b	c	d		e		f	g
							[illegible]	[illegible]	[illegible]	Tod. Krankheit [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
										lagen vor in Fällen		lagen vor in Fällen			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Übertrag	1285	1053	—	743	—	57	64	56	7	40	—	1	7	3
22	Förderstedt (Becke)	52	45	86,5	26		3	16	3	3	2	—	—	5	—
23	„ (Bönnemann)	66	53	80,3	42		12	12	[1] 2	3	5	—	—	—	—
24	Frohse (Helge)	94	91	96,8	71		—	—	2	6	—	—	5	—	—
25	Glöthe (Schmidt)	53	44	83,0	36		—	—	—	—	—	—	—	—	—
26	„ (Schulte)	22	18	81,8	18		—	—	1	—	—	—	1	—	—
27	Groß Salze (Hiltmann)	22	12	54,5	10					—	—	3	—	—	—
28	„ (Krähne)	101	93	92,1	87		1	6	—	—	1	—	—	—	—
29	„ (Neutsch)	147	111	75,5	34		—	—	17	—	—	—	—	—	—
30	Groß-Rosenberg (Heppe)	3	2	66,7	2		—	—	—	—	—	—	1	—	—
31	„ (Paul)	75	68	90,7	56		—	—	—	—	—	—	—	—	—
32	Hohendorf (Hoffmann)	51	51	100,0	20		1	11	1	—	15	—	—	—	—
33	Löderburg (Rieseler)	58	54	93,1	47		—	7	—	—	—	—	—	—	—
34	„ (Schmidt)	90	89	98,9	48		—	—	—	—	—	—	—	—	—
35	Micheln (Werner)	29	28	96,6	23				—	—	3	—	—	—	—
36	Pömmelte (Schröder)	35	33	94,3	23							2	—	—	—
37	Schönebeck (Behrend)	97	90	92,8	72		3	12	6	—	—	—	—	—	—
38	„ (Hartmann)	35	26	74,3	22		—	3	4	—	1	—	—	—	—
39	„ (Ringk)	48	34	70,8	3		2	—	—	—	—	—	—	—	—
40	„ (Sindorf)	122	109	89,3	79		—	—	12	—	—	—	—	—	—
41	„ (Stadtmeister)	92	81	88,0	56		4	29	3	3	—	—	—	—	—
42	„ (Wolff)	48	30	62,5	28		4	—	2	4	9	—	—	—	—
43	Schwarz (Fiebert)	31	28	90,3	26		2	—	—	—	—	—	—	—	3
44	Staßfurt (Behre)	56	40	71,4	29		—	—	—	—	—	—	—	—	—
45	„ (Bönnecke)	73	69	94,5	48		3	—	[2] 3	2	—	—	—	—	—
46	„ (Hartmann)	48	48	100,0	32		—	16	—	—	—	—	—	—	—
47	„ (Kühne)	66	56	84,9	45		—	9	1	—	—	—	—	—	—
48	„ (Nagelschmidt)	85	80	94,1	70		—	—	[3] 8	—	6	—	—	—	—
49	„ (Rodorff)	43	38	88,4	24		—	14	—	3	—	—	—	—	—
50	„ (Schubert)	32	31	96,9	21		—	—	2	—	—	—	—	2	—
51	„ (Siebert)	66	66	100,0	31		—	5	6	3	—	—	—	—	—
52	„ (Stein)	42	41	97,6	28		—	—	—	—	—	—	—	—	—
53	„ (Weber)	22	18	81,8	9		1	—	—	—	—	—	—	—	1
	Summa	3189	2727	85,5	1935	90	93	193	[4] 128	33	91	5	8	17	9
	Kreis Gardelegen.														
1	Behnsdorf (Thiebecke)	33	30	90,9	21		—	—		—	1	—	—	—	—
2	Berge (Bormann)	32	31	96,9	29		—	—		—	3	—	—	—	—
	Seite	65	61	—	50	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—

[1] Darunter 1. — [2] Darunter 2. [3] Darunter 4. — [4] Darunter 8, welche als Ammen Stellung nahmen.

Laufende Nummer	Kreis, Wohnorte und Hebammen	Wieviel lebensfähige Kinder sind 1907/8 entbunden?	Wieviel Kinder (Spalte 3) wurden an der Mutterbrust genährt?	Prozentsatz von Spalte 4 zu 3	Wieviel Kinder (Spalte 4) wurden länger als 3 Monate gestillt?	Prozentsatz von Spalte 6 zu 3	Welche hauptsächlichsten Gründe lagen vor, weshalb die Mütter ihre Kinder überhaupt nicht oder nicht länger als 3 Monate stillten? a	b	c	d Tod, Krankheit der Mutter (lagen vor in Fällen)	d Tod, Krankheit des Kindes (lagen vor in Fällen)	e Grundlose Weigerung der Kinder (lagen vor in Fällen)	e Grundlose Weigerung der Mutter (lagen vor in Fällen)	f	g
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Übertrag	65	61	—	50	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
3	Bösdorf (Heinrichs)	22	20	90·9	19		1	—	—	—	—	—	—	—	—
4	Clötze (Bornhuse)	3	3	100·0	3		—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	„ (Fehse)	83	72	86·7	69		6	—	5	—	—	—	—	3	—
6	„ (Jaseke)	64	56	87·5	38		—	—	—	—	5	—	—	—	—
7	Clüden (Mewes)	29	22	75·9	11		2	8	5	—	3	—	—	—	—
8	Döhren (Kalberlach)	9	4	44·4	3		—	—	—	—	—	—	5	—	—
9	Etingen (Sonnenschein)	36	34	94·9	32		2	2	—	—	—	—	—	—	—
10	Groß-Engersen (Fehse)	33	23	69·7	23		2	2	4	1	1	—	—	—	—
11	Flechtingen (Jaekel)	47	33	70·2	28		—	—	—	—	6	—	—	—	—
12	Gardelegen (Bethke)	43	35	81·4	22		4	8	3	2	—	—	4	—	—
13	— (Kollropp)	70	70	100·0	49		2	11	8	—	—	—	—	—	—
14	— (Ohlroch)	56	51	91·1	37		—	14	—	5	—	—	—	—	—
15	— (Rießl)	82	69	84·1	47		3	20	2	1	—	—	—	—	—
16	Hehlingen (Badekoen)	8	3	37·5	2		—	4	1	—	—	—	—	—	—
17	Hellingen (Markworth)	21	16	76·2	14		—	1	1	2	1	—	—	—	—
18	Hodingen (Werner)	47	45	95·6	38		—	4	¹) 5	2	3	—	—	—	—
19	Jävenitz (Köhn)	68	68	100·0	66		—	—	2	—	—	—	—	—	—
20	Jeggau (Schulze)	66	54	81·8	31		3	21	3	—	8	—	—	—	—
21	Kökte (Tempel)	53	49	92·4	43		1	4	1	1	1	—	—	—	—
22	Kakerbeck (Schultze)	58	50	86·2	20		8	13	9	—	—	—	—	—	—
23	Kaltendorf (Tröger)	49	44	89·8	28		5	12	3	—	1	—	—	—	—
24	Kusey (Gaede)	79	73	92·3	66		—	2	1	1	2	—	3	—	—
25	Letzlingen (Pelleb)	69	60	86·9	32		—	23	—	—	—	—	—	—	—
26	— (Thiem)	25	20	80·0	18		—	6	—	—	1	—	—	—	—
27	Lindstedt (Maibaum)	38	34	89·5	24		—	3	1	—	—	—	—	—	—
28	Miste (Krüger)	58	56	96·1	43		—	—	—	4	—	—	—	—	—
29	Mieterhorst (Bartels)	27	25	92·6	19		—	7	—	1	—	—	—	—	—
30	Öbisfelde (Dankworth)	48	34	70·8	29		—	—	—	—	—	—	—	—	—
31	— (Wilke)	48	42	87·5	28		1	—	1	—	—	—	—	—	—
32	Rätzlingen (Kirmeß)	60	57	95·0	28		2	29	—	1	—	—	—	—	—
33	Ribbensdorf (Hardtke)	21	20	95·2	18		—	—	—	1	—	—	2	—	—
34	Solpke (Röhl)	31	27	87·1	21		1	6	3	—	—	—	—	—	—
35	Vinzelberg (Seelmann)	61	52	85·2	38		9	14	—	—	—	—	—	—	—
36	Walbeck (Heinhaupt)	59	59	100·0	48		—	15	—	—	—	—	—	—	—
37	Wedderdorf (Hamus)	39	33	84·6	35		1	2	—	4	—	—	—	—	1
38	Weferlingen (Leupelt)	64	55	85·9	41		—	—	—	—	6	—	—	—	—
39	— (Mertens)	51	42	82·3	23		2	16	3	—	—	1	—	—	3
40	Wegenstedt (Müller)	39	33	84·6	18		2	12	2	2	3	—	—	—	—
41	Zichtau (Rodenbeck)	38	34	89·5	31		3	1	—	—	—	—	—	—	—
	Summe	1893	1633	87·6	1241	66,6	60	268	63	28	43	1	14	2	4

¹) Darunter 2, die als Ammen in Stellung gingen.

Laufende Nummer	Kreis, Wohnorte und Hebammen	[illegible]	[illegible]	Prozentsatz von Spalte 4 zu 3	[illegible]	Prozentsatz von Spalte 6 zu 3	Welche hauptsächlichsten Gründe lagen vor, weshalb die Mütter ihre Kinder überhaupt nicht oder nicht länger als 3 Monate stillten?								
							a	b	c	d		e		f	g
							[illegible]	[illegible]	[illegible]	Tod. Krankheit		Grundlose Abneigung		[illegible]	[illegible]
										[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Kreis Halberstadt (Stadt).														
	Hebammen:														
1	Bennert	57	42	73·4	43		2	4		8	5			—	—
2	Bestarbmaider	34	30	88·2	28		—	8		—	—	—	—	—	—
3	Friedrichs	38	35	92·1	32		—	3	—	—	—	—	—	—	—
4	Holschemacher	66	42	63·6	42		2	3	—	8	—	—	—	—	—
5	Hübener	19	14	73·7	8		—	4	—	—	2	—	—	—	—
6	Jung	15	15	100·0	4		—	4	4	—	—	—	—	—	—
7	Jungnickel	9	7	77·8	5		—	—	4	—	—	—	—	—	—
8	Kegel	36	31	86·1	27		1	7		1	—			—	—
9	Kesselring	36	32	88·9	32					2	—	—	—	—	—
10	Koch	140	120	85·7	100		8	7	20	—	—	—	8	—	—
11	Menger	168	150	89·3	98		—	—	—	—	—	—	—	—	—
12	Müller	73	52	71·2	32		5	—	—	4	12	—	—	—	—
13	Nädler	49	32	65·3	28		2	12	—	—	—	—	—	—	—
14	Perl	62	56	90·3	50		2	6	4	—	—	—	—	—	—
15	Richter	53	46	86·8	35		—	—	—	—	—	—	1	—	—
16	Riese	109	60	55·1	40		4	—	15	2	19	—	—	—	—
17	Schmalz	96	79	82·2	60		—	—	—	—	8	—	—	—	—
18	Schröder	27	27	100·0	15		1	8	2	—	—	—	—	—	—
19	Verbrodt	41	31	75·6	20		—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Summa	1127	902	80·0	707	62·0	21	66	59	23	46	—	9	—	—
	Kreis Halberstadt (Land).														
1	Abbenrode (Festerling)	29	25	86·2	16		—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	Aspenstedt (Kühne)	16	12	75·0	9		—	4	—	—	—	—	—	—	—
3	Athenstedt (Ebeke)	23	19	82·6	17		—	4	—	—	—	—	—	2	—
4	Berssel (Ahrendt)	17	15	88·2	15		—	2	—	—	—	—	—	—	—
5	Danstedt (Förster)	14	14	100·0	11		—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	Dardesheim (Odenbach)	38	31	81·6	18		3	17	—	—	—	—	—	—	—
7	Derenburg (Haasnagel)	61	53	86·8	45		—	12	4	—	—	—	—	—	—
8	„ (Neumann)	12	8	66·7	5		—	3	—	—	—	—	—	—	—
9	Dersheim (Rudolph)	21	19	90·5	11		2	8	—	—	—	—	—	—	—
10	Emersleben (Lodahl)	19	16	84·2	11		—	3	2	—	3	—	—	—	—
11	Groß-Quenstedt (Achilles)	17	13	76·5	13		—	4	—	—	—	—	—	—	—
12	„ (Koch)	12	7	58·3	7		2	—	2	—	1	—	—	—	—
13	Harsleben (Pahldieck)	16	13	81·2	9		1	3	—	1	—	—	—	—	—
14	„ (Gehre)	50	43	86·0	31		—	—	3	3	—	—	—	—	—
	Seite	345	288		212	—	8	60	11	3	4	—	—	2	—

Laufende Nummer	Kreis, Wohnorte und Hebammen	[illegible]	[illegible]	Prozentsatz von Spalte 4 zu 3	[illegible]	Prozentsatz von Spalte 6 zu 3	Welche hauptsächlichsten Gründe lagen vor, weshalb die Mütter ihre Kinder überhaupt nicht oder nicht länger als 3 Monate stillten? a	b	c	d Tod, Krankheit der Mutter (lagen vor in Fällen)	d Tod, Krankheit des Kindes (lagen vor in Fällen)	e Grundlose Abneigung des Kindes (lagen vor in Fällen)	e Grundlose Abneigung der Mutter (lagen vor in Fällen)	f	g
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Übertrag . . .	345	298	—	212	—	8	60	11	9	4	—	—	2	—
15	Heudeber (Lyac) . . .	35	35	100·0	20		—	14	1) 1	—	—	—	—	—	—
16	Hornburg (Wagenführ) .	62	49	79·0	41		3	5	6	2	—	—	3	—	—
17	Klein-Quenstedt (Müller)	23	16	69·6	15		—	—	—	—	—	—	—	—	—
18	Langenstein (Wiechert) .	34	25	73·5	19		—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	Mahndorf (Lauß) . .	8	8	100·0	6		—	—	—	1	—	—	—	—	—
20	Osterwieck (Giebel) .	86	76	90·5	73		—	4	3	—	4	—	—	—	—
21	„ (Haaske) .	49	36	73·5	30		—	6	3	—	10	—	—	—	—
22	„ (Kolbecker)	33	30	90·9	28		—	7	—	—	—	—	—	—	—
23	Rhoden (Wagenführ) . .	41	39	90·7	37		—	—	1	3	—	—	—	—	—
24	Rohrsheim (Gutjahr) . .	26	19	73·1	19		—	6	1	—	—	—	—	—	—
25	Roklum (Paeschke). . .	28	25	89·3	15		1	—	1	1	—	—	—	—	—
26	Sargstedt (Clemens) . .	31	21	67·7	6		1	13	—	3	8	—	—	—	—
27	Schauen (Duve) . . .	17	15	88·2	14		—	1	—	—	—	—	—	—	—
28	Stötterlingen (Peters) .	28	25	89·3	20		—	1	—	—	5	—	—	—	—
29	Ströbeck (Michaelis) .	19	15	78·9	15		—	4	—	—	—	—	—	—	—
30	„ (Schäfer)	24	22	91·7	20		2	2	—	—	—	—	—	—	—
31	Veltheim (Louse) .	19	15	78·9	13		—	4	—	—	—	—	—	—	—
32	Wehrstedt (Becker)	62	46	74·2	25		4	14	10	—	—	—	—	—	—
33	Zilly (Fricke)	14	10	71·4	10		—	3	—	1	—	—	—	—	—
34	„ (Gerhardt)	17	13	76·5	11		2	3	—	—	—	—	—	—	—
	Summa .	1000	828	82·7	641	64·0	22	142	1) 37	20	31	—	3	2	—
	Jerichow I.														
1	Biederitz (Donau) .	24	20	83·4	18		1	—	2	1	—	—	—	5	—
2	„ (Hamecke)	47	39	82·9	30		1	2	4	2	3	—	2	—	—
3	Burg (Hesse)	76	67	88·2	32		20	—	24	—	—	—	—	—	—
4	„ (Krall) .	117	82	70·1	42		—	5	22	—	22	—	13	—	—
5	„ (Könicke)	116	72	62·1	41		6	10	31	2	4	—	14	—	—
6	„ (Mehring)	163	106	65·0	72		11	48	34	—	—	—	—	—	—
7	„ (Perlberg)	60	29	48·0	19		33	2	13	—	—	—	—	—	—
8	„ (Schmidt)	44	32	72·7	21		1	2		1	4	1	2	—	—
9	„ (Thiele) .	159	154	96·9	108		5	—	37	—	—	—	—	—	—
10	„ (Wiechmann)	46	38	82·6	23		—	14	6	—	—	—	—	—	—
11	Cracau (Bittkau) .	66	58	88·3	37		4	16	2	—	6	—	1	—	—
12	„ (Rose) .	82	71	86·6	50		11	10	4	1	—	—	—	—	—
13	Elbenau (Walther) .	26	24	92·3	19		—	3	— 1	2	2	—	—	—	—
14	Gerwisch (Sandfuhl) .	25	20	80·0	13		1	4	2	—	6	—	2	—	—
	Seite . . .	1035	807	—	525	—	74	116	181	15	46	1	34	5	—

1) Darunter 1, die als Amme in Stellung ging.

[illegible]	Kreis, Wohnorte und Hebammen	[illegible]	[illegible]	Prozentsatz von Spalte 4 zu 3	[illegible]	Prozentsatz von Spalte 6 zu 3	Welche hauptsächlichsten Gründe lagen vor, weshalb die Mütter ihre Kinder überhaupt nicht oder nicht länger als 3 Monate stillten? a [illegible]	b [illegible]	c [illegible]	d Tod, Krankheit: der Mutter (lagen vor in Fällen)	d Tod, Krankheit: des Kindes	e Grundlose Abneigung: des Kindes (lagen vor in Fällen)	e Grundlose Abneigung: der Mutter	f [illegible]	g [illegible]
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Übertrag	1035	907	—	525		74	116	151	15	46	1	34	5	—
15	Gommern (Lipinski)	97	80	82.5	48		2	22	—	2	—	—	—	—	—
16	„ (Schaaf)	56	48	85.7	29		3	15	6	—	—	—	3	—	—
17	„ (Schumann)	78	71	91.0	71		3	—	—	3	—	—	—	—	—
18	Görzke (Schmeckebier)	56	56	100.0	56		—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	Grabow (Tuchen)	18	10	55.6	10		6	2	4	—	4	—	—	—	—
20	Gräben (Mietzsch)	20	18	90.0	14		—	2	4	—	—	—	—	—	—
21	Gübs (Ehwe)	11	9	81.8	5		3	1	—	1	1	—	—	—	—
22	Hohenwarthe (Wiegalla)	17	16	94.1	15		—	—	—	1	—	—	—	—	—
23	Hohenziatz (Ott)	52	40	76.9	35		—	6	—	—	4	—	—	—	2
24	Körbelitz (Hennig)	38	37	97.4	31		4	2	1	—	3	—	—	—	—
25	Leitzkau (Bohne)	28	23	82.1	20		2	4	3	—	—	—	—	—	—
26	„ (Städter)	50	41	82.0	29		1	2	6	3	—	—	1	—	—
27	Loburg (Wieczorek)	37	33	89.2	30		—	9	—	—	—	—	1	—	—
28	„ (Wiese)	56	48	85.7	20		1	13	17	—	5	—	—	—	—
29	Lostau (Fricke)	19	18	94.7	15		—	2	1	—	—	—	1	—	—
30	Magdeburgerforth (Killas)	20	15	75.0	8		—	—	—	—	—	—	—	—	—
31	Menz (Schmidt)	28	23	82.1	8		2	14	4	—	—	—	—	—	—
32	Möckern (Schelle)	40	31	77.5	12		2	13	1	1	4	—	—	4	—
33	„ (Ziem)	39	33	84.6	27		2	6	—	—	—	—	—	—	—
34	Nedlitz (Titsch)	29	27	93.1	20		1	2	1	—	3	2	—	—	2
35	Niegripp (Kreikenbaum)	29	18	62.1	13		—	7	—	2	6	—	1	—	—
36	Parchau (Gercke)	46	26	56.5	19		4	5	3	—	7	—	8	—	—
37	Pechau (Grunert)	16	14	87.5	12		—	2	—	—	—	—	2	—	—
38	Plötzky (Lanz)	31	31	100.0	17		1	8	3	—	—	—	—	—	2
39	Pretzien (Voß)	51	46	90.2	26		3	20	—	—	—	—	—	—	—
40	Randau (Prokotz)	16	15	93.8	14		1	1	—	—	—	—	1	—	—
41	Reesen (Körtz)	8	5	62.5	4		—	—	3	—	—	—	—	—	—
42	Rosian (Thiele)	51	43	84.3	34		2	3	1	—	11	—	—	—	—
43	Schartau (Fuchs)	13	7	53.8	7		3	2	—	—	1	—	—	—	—
44	Schermen (Hesse)	45	44	97.8	44		1	—	—	—	—	—	—	—	—
45	Stegelitz (Pohle)	28	22	78.6	8		—	16	3	—	—	—	—	—	—
46	Theessen (Fuchs)	19	18	94.7	9		—	7	—	1	—	—	—	—	1
47	Viesen (Kahle)	5	4	80.0	3		1	—	1	—	—	—	—	—	—
48	Walternienburg (Feryns)	39	33	84.6	30		4	5	—	—	2	—	—	—	—
49	Wahlitz (Siegel)	40	24	60.0	21		16	2	—	—	—	—	1	—	—
50	Wörmlitz (Thiele)	30	25	83.3	21		2	6	1	—	—	—	—	—	—
51	Ziesar (Meinecke)	61	58	95.1	56		—	5	1	—	—	—	1	—	—
52	„ (Sarau)	39	26	66.7	22		—	12	—	2	1	—	—	—	—
53	Zitz (Köpke)	7	6	85.7	4		—	1	—	1	—	—	—	—	—
	Summa	2436	1984	81.4	1396	57.3	140	336	244	32	97	3	54	8	7

Laufende Nummer	Kreis, Wohnorte und Hebammen	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Welche hauptsächlichsten Gründe lagen vor, weshalb die Mütter ihre Kinder überhaupt nicht oder nicht länger als 3 Monate stillten? a	b	c	d		e		f	g
										Tod, Krankheit der Mutter	des Kindes	des Kindes	der Mutter		
										lagen vor in Fällen		lagen vor in Fällen			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Kreis Jerichow II.														
1	Altbensdorf (Brandt) . .	32	28	80·0	25		2	2	2	—	—	—	—	—	—
2	Altcarmern (Krause) . .	25	21	84·0	13		2	8	2	—	—	—	—	—	—
3	Altenplathow (Reinhardt)	72	57	79·2	48		—	—	—	—	11	—	—	—	—
4	„ (Sidow) .	26	20	76·9	16		3	—	—	2	5	—	—	—	—
5	Bergzow (Bäcke) .	36	30	83·4	20		—	4	—	—	3	—	—	—	—
6	Brettin (Krüger) .	28	26	92·9	14		—	—	—	—	1	—	—	—	—
7	Cade (Drehmann) .	26	20	76·9	17		2	3	—	—	—	—	3	—	1
8	Carow (Bartsch) .	23	22	95·7	14		—		8	—	—	—	1	—	—
9	Cröhlen (Fuchs)	6	3	50·0	2		—	2	—	2	—	—	—	—	—
10	Derben (Steindorf) . . .	53	39	73·6	28		4	4	—	4	—	2	—	—	—
11	Dretzel (Müller)	31	24	77·4	12		1	5	1	1	7	—	—	—	—
12	Ferchland (Uebelmeyer) .	22	20	90·9	14		2	4	—	—	—	—	—	—	2
13	Genthin (Hinze)	73	47	64·4	29		—	13	7	—	12	—	—	—	10
14	„ (Bick)	70	55	78·6	25		3	3	1	2	3	—	1	—	—
15	Groß-Buckow (Krantz) .	28	18	64·2	9		—	—	¹) 7	—	8	—	—	—	—
16	Gr.-Wusterwitz (Herforth)	44	41	93·2	40		—	1	—	—	—	—	2	—	—
17	Güsen (Dörre)	44	39	88·6	32		—	3	2	2	—	—	—	—	—
18	„ (Holz)	44	37	84·1	22		—	4	—	5	—	—	7	—	—
19	Hohengöhren (Glintz) .	29	28	96·6	18		1	3	4	—	1	—	2	—	—
20	Hohenseeden (Engelmann)	18	17	94·4	13		—	—	—	2	—	1	—	—	—
21	Jerichow (Döring) . . .	42	39	92·9	19		8	6	8	—	—	—	—	—	—
22	„ (Wolf) . . .	33	26	78·8	16		6	4	1	—	—	—	—	—	—
23	Klietz (Trampe)	26	21	80·8	21		—	—	3	3	—	—	—	—	—
24	Kuhlhausen (Quast) . . .	3	3	100·0	3		—	—	—	—	—	—	—	—	—
25	Milow (Lange)	59	45	76·3	45		7	8	—	1	1	—	4	—	—
26	Mützel (Rehm)	27	19	70·4	16		6	—	3	—	4	—	—	—	—
27	Neuenklitsche (Riemann)	19	15	78·9	14		—	—	—	—	1	—	—	—	—
28	Parchen (Steindorf) . .	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—
29	Parey (Kissel)	45	38	84·4	13		1	—	—	—	—	—	—	—	—
30	Parey (Waldmann) . . .	30	25	83·3	18		—	—	—	4	—	—	8	—	—
31	Reesen (Klotz)	24	20	83·4	18		—	1	3	—	2	—	—	—	—
32	Redekin (Polte)	46	25	54·3	18		—	—	—	—	—	—	—	—	—
33	Sandau (Kahl)	45	32	71·1	20		—	—	—	—	—	—	—	—	—
34	Schlagenthin (Fabian)	30	29	96·7	26		—	2	1	1	—	—	—	—	—
35	Schönfeld (Gericke) .	12	6	50·0	3		1	1	2	1	—	—	—	—	—
36	Schönhausen (Schröder)	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—
37	Schollene (Liepe) . .	34	21	61·8	16		5	—	3	1	—	—	4	—	—
38	„ (Nitzel) . . .	23	12	52·2	6		2	4	2	—	3	—	—	—	—
	Seite . . .	1233	976	—	689	—	49	86	¹) 54	32	56	2	30	—	13

¹) [illegible]

Laufende Nummer	Kreis, Wohnorte und Hebammen	[illegible]	[illegible]	Prozentsatz von Spalte 4 zu 3	[illegible]	Prozentsatz von Spalte 6 zu 3	Welche hauptsächlichsten Gründe lagen vor, weshalb die Mütter ihre Kinder überhaupt nicht oder nicht länger als 3 Monate stillten? a	b	c	d Tod, Krankheit der Mutter	d Tod, Krankheit des Kindes	e Grundlose Abneigung des Kindes	e Grundlose Abneigung der Mutter	f	g
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Übertrag	1222	970	—	690	—	49	96	[1] 54	32	56	3	30	—	15
39	Tuchheim (Ziebisch)	38	30	78·9	18		3	5	—	—	—	—	12	—	—
40	Viesen (Kahle)	18	14	77·8	14		3	1	—	—	—	—	—	—	—
41	Warnau (Pohlmann)	24	18	75·0	12		1	2	3	1	—	—	5	—	—
42	Wust (Bertolte)	25	20	80·0	15		—	2	3	—	—	—	4	—	—
43	Zollchow (Küllmer)	31	23	74·2	17		2	10	—	2	—	—	—	—	—
	Summa	1360	1075	78·5	756	55·2	58	106	[1] 58	35	56	3	47	—	15
	Magdeburg (Stadt).														
	Hebammen:														
1	Apel	93	82	88·2	76		3	6	—	—	—	—	—	—	—
2	Altrock	79	71	89·9	37		1	24	7	—	—	—	2	—	—
3	Arent	101	96	95·0	84		—	—	3	—	—	—	—	—	—
4	Bähr	199	149	74·9	105		6	28	19	—	—	—	—	11	—
5	Bake	58	47	81·0	22		2	8	1	—	—	—	—	—	—
6	Bendler	99	84	84·8	78		5	4	8	—	—	—	—	—	—
7	Beincke	99	90	90·9	50		1	46	2	—	—	—	—	—	—
8	Bergner	55	45	81·8	27		1	6	2	1	—	—	—	—	—
9	Bethmann	26	22	84·6	15		1	8	2	2	—	—	—	—	—
10	Beuthien	28	23	82·1	16		2	3	2	—	—	—	—	—	—
11	Blancke	28	25	89·3	20		1	4	2	—	—	—	—	—	—
12	Boemmer	132	122	92·4	90		—	—	—	10	—	—	—	—	—
13	Cassel	1	—	—	—		—	—	1	—	—	—	—	—	—
14	Cardis	63	56	88·9	50		—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	Dauders	23	21	91·3	18		2	2	—	—	—	—	—	—	—
16	Dorff	82	57	69·5	55		—	—	4	21	—	—	—	—	—
17	Drebert	60	53	88·3	34		2	—	—	7	8	—	—	—	—
18	Dreyer	168	161	95·8	122		1	39	2	—	—	—	6	—	—
19	Dreyling	132	128	96·9	112		—	—	2	1	—	—	15	—	—
20	Ehrs	60	60	100·0	36		—	8	10	—	6	—	—	—	—
21	Engelke	30	29	96·7	22		—	8	1	—	—	—	—	—	—
22	Feil	49	40	81·6	30		2	6	1	—	—	—	—	—	—
23	Fisch	143	118	82·5	93		2	17	2	—	4	—	—	—	—
24	Fröde	78	66	84·6	54		2	12	4	2	—	—	—	—	4
25	Frühbeiß	67	55	82·1	36		—	24	4	2	—	—	—	—	—
	Seite	1963	1700	—	1288	—	40	232	79	47	18	—	23	11	4

[1] Darunter 1, die als Amme in Stellung ging.

Laufende Nummer	Kreis Wohnorte und Hebammen	Wieviel lebensfähige Kinder sind geboren?	Wieviel Kinder (Spalte 3) wurden gestillt?	Prozentsatz von Spalte 4 zu 3	Wieviel Kinder (Spalte 4) wurden länger als 3 Monate gestillt?	Prozentsatz von Spalte 6 zu 3	Welche hauptsächlichsten Gründe lagen vor, weshalb die Mütter ihre Kinder überhaupt nicht oder nicht länger als 3 Monate stillten? a	b	c	d Vorl. Krankheit lagen vor in Fällen		e Grundloser Abgang lagen vor in Fällen		f	g
										der Mutter	des Kindes	des Kindes	der Mutter		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Übertrag . . .	1933	1700	—	1288	—	40	252	78	47	18	—	21	11	4
26	Gertner	48	43	89·6	33		—	10	—	4	—	—	1	—	—
27	Götze	4	4	100·0	6		—	—	—	—	—	—	—	—	—
28	Grobe	34	34	100·0	16		—	5	3	3	7	—	—	—	—
29	Grafhenauer	47	45	95·7	34		—	2	9	—	—	—	—	—	—
30	Gußmann	58	48	82·8	15		—	—	8	22	—	—	—	3	—
31	Handke	44	40	90·9	27		4	—	8	—	—	—	—	—	—
32	Haffel	41	29	70·7	29		—	—	—	—	—	—	—	—	—
33	Heinemann	96	84	87·5	65		3	25	3	—	1	—	—	—	—
34	Herms	39	32	82·1	24		2	12	1	—	—	—	—	—	—
35	Herre	60	60	100·0	40		—	29	—	—	—	—	—	—	—
36	Hilger	87	82	94·3	68		7	7	5	2	—	—	—	—	—
37	Hohmann	58	43	74·1	28		7	13	3	5	—	—	—	—	—
38	Holse	4	4	100·0	2		—	—	—	—	—	—	—	—	2
39	Harold	80	69	86·3	41		7	14	12	—	—	—	4	—	—
40	Jordan	3	2	66·7			—	2	—	1	—	—	—	—	—
41	Kliemann	76	69	90·8	57		2	—	5	—	—	—	—	—	—
42	Köhler	28	22	78·6	18		2	2	2	—	—	—	—	—	—
43	Körtke	142	122	90·0	65		4	—	4	2	—	—	—	—	9
44	Kühne	13	13	100·0	7		—	—	2	—	—	—	—	—	—
45	Kunz	12	10	83·4	10		—	—	—	2	—	—	—	—	—
46	Kraeper	74	54	73·0	20		3	15	—	3	—	—	—	—	—
47	Lappe	95	90	94·7	67		—	2	1	—	—	—	—	—	—
48	Lobenstein	34	32	94·1	26		—	—	—	—	—	—	—	—	—
49	Lodahl	29	24	82·8	24		—	—	3	—	—	—	—	—	—
50	Miß	99	69	69·7	51		3	3	7	7	10	2	2	—	2
51	Merkel	134	113	84·3	81		—	—	—	—	—	—	—	—	—
52	Neumann	108	100	92·6	80		—	2	5	1	—	—	—	—	—
53	Passmann	15	15	100·0	15		—	—	—	—	—	—	—	—	—
54	Pflaumenberg	9	6	66·7	4		—	3	—	—	2	—	—	—	—
55	Pieper	70	70	100·0	50		2	—	14	2	—	—	—	—	6
56	Popofsky Marie	56	52	92·9	47		—	4	6	2	4	—	—	—	—
57	Popofsky Philippine	37	31	83·8	30		1	6	—	—	—	—	—	—	—
58	Rabe Auguste	32	30	93·8	23		—	9	—	—	—	—	—	—	—
59	Rabe Ernestine	84	79	94·0	59		11	9	1	—	2	—	—	—	2
60	Rahn	29	18	62·1	14		—	—	—	—	—	—	—	—	—
61	Reichel	12	12	100·0	8		—	—	2	—	—	—	1	2	—
62	Reichert	99	91	91·9	50		—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Seite . . .	3943	3451	—	2328	—	100	419	186	104	44	2	29	16	25

Laufende Nummer	Kreis, Wohnorte und Hebammen	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Welche hauptsächlichsten Gründe lagen vor, weshalb die Mütter ihre Kinder überhaupt nicht oder nicht länger als 3 Monate stillten? a	b	c	d Tod, Krankheit der Mutter lagen vor in Fällen	d des Kindes	e Gründliche Abneigung der Mutter lagen vor in Fällen	e des Kindes	f	g
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Übertrag	3945	3451	—	2228	—	100	119	188	104	41	2	29	16	29
63	Riedel	67	60	89·5	43		—	—	3	4	—	—	—	—	—
64	Rolle	102	85	83·4	65		14	—	3	—	—	—	—	—	3
65	Sonnemann	71	52	73·2	29		4	7	3	2	6	—	8	—	—
66	Schoof	67	54	80·6	34		8	15	5	—	—	2	—	—	3
67	Schrader	125	98	78·4	35		12	—	2	5	21	—	10	—	—
68	Schütz	32	23	73·8	29		—	6	1	—	—	—	—	1	—
69	Schwienhagen	61	48	78·7	19		—	—	9	—	—	—	—	—	8
70	Seidel	106	102	96·2	100		2	—	—	1	—	—	—	—	—
71	Siedt	190	160	84·2	133		2	7	8	6	—	—	—	—	—
72	Spannemann	101	92	91·1	77		—	—	—	—	—	—	3	—	—
73	Temin	65	62	95·4	57		3	3	1	—	—	—	—	—	—
74	Thiedmann	25	15	60·0	16		—	4	2	—	—	4	—	—	—
75	Tippenhauer	43	34	79·1	13		—	6	—	2	—	—	1	—	—
76	Träger	148	135	91·2	116		6	19	—	5	6	—	—	—	—
77	Voigt	117	108	92·3	68		—	—	—	—	—	—	—	—	—
78	Waldow	85	56	65·9	33		18	17	4	2	—	—	—	—	—
	Summa	5340	4637	86·8	2356	63·2	167	240	228	130	77	8	66	17	37
	Kreis Neuhaldensleben.														
1	Ackendorf (Büsing)	23	13	56·5	4		—	—	—	1	—	—	—	—	—
2	Alleringersleben (Lippe)	53	41	77·3	32		—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	Althaldensleben (Zimmerhäkel)	40	34	85·0	14		—	16	1	1	—	—	—	—	—
4	Althaldensleben (Osterwald)	95	73	76·8	58		10	4	1	—	—	—	1	—	—
5	Alvensleben (Förster)	64	43	67·2	43		—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	Ambleben (Weber)	44	38	86·4	25		3	—	6	—	3	1	—	—	—
7	Badeleben (Fröhlich)	33	30	90·9	24		2	—	—	—	1	—	—	—	—
8	Barneberg (Döring)	51	32	62·7	28		2	10	1	2	3	—	—	—	—
9	„ (Runge)	43	36	83·7	8		—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	Bülstringen (Bierwisch)	35	28	80·0	23		1	1	—	2	—	—	—	—	—
11	Eilsleben (Holzhausen)	52	46	88·5	29		—	3	—	—	—	—	—	—	—
12	„ (Lange)	23	18	78·3	13		1	1	—	3	—	—	—	—	—
13	Emden (Hahn)	14	12	85·7	8		—	—	—	—	—	—	2	—	—
14	Erxleben (Bock)	43	37	86·0	27		4	14	—	—	—	—	—	—	—
	Seite	653	481	—	330	—	24	48	9	9	7	1	2	—	—

Laufende Nummer	Kreis	Wieviel lebensfähige Kinder sind [illegible] geboren?	Wieviel Kinder (Spalte 3) wurden an der Mutterbrust genährt?	Prozentsatz von Spalte 4 zu 3	Wieviel Kinder (Spalte 4) wurden länger als 3 Monate gestillt?	Prozentsatz von Spalte 6 zu 3	Welche hauptsächlichsten Gründe lagen vor, weshalb die Mütter ihre Kinder überhaupt nicht oder nicht länger als 3 Monate stillten? a [illegible]	b [illegible]	c [illegible]	d Tod, Krankheit: d. Schwäche der Mutter (lagen vor in Fällen)	d Tod, Krankheit: des Kindes (lagen vor in Fällen)	e Gründliche Abneigung: des Kindes (lagen vor in Fällen)	e Gründliche Abneigung: der Mutter (lagen vor in Fällen)	f [illegible]	g [illegible]
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Übertrag . . .	613	481	—	336	—	24	48	9	9	7	1	3	—	—
15	Groß-Rottmersleben (Tittelbach)	20	17	85·0	6		2	7	—	—	5	—	—	2	—
16	Groß-Santersleben (Meier)	15	8	53·3	6		—	2	—	1	—	—	—	—	—
17	Hakenstedt (Herbst) . .	35	21	60·0	11		1	1	—	—	—	—	—	—	—
18	Hörsingen (Herrmann) .	24	18	75·0	7		—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	Hötensleben (Bendix) .	90	78	86·7	49		—	—	—	—	—	—	—	—	—
20	„ (Bornkamp)	91	81	89·0	81		—	—	—	—	—	—	—	—	—
21	„ (Rabe) . .	33	28	84·8	23		—	2	—	1	2	—	—	—	—
22	Hundisburg (Rosenthien)	44	34	77·3	21		—	—	—	—	—	—	—	—	—
23	Ivenrode (Jeremias) . .	57	34	59·6	21		—	—	—	—	—	—	—	—	—
24	Neuenhofe (Gewalt) . .	26	23	88·5	11		—	—	—	—	—	—	2	—	—
25	Neuhaldensleben (Althaus)	54	49	90·7	40		—	—					3	—	—
26	Neuhaldensleben (Gravenhorst)	4	2	50·0	1		1	2	—	1	—	—	—	—	—
27	Neuhaldensleben (Meier)	140	108	77·1	76		11	32	8	—	—	—	—	—	—
28	„ (Perlitz)	31	17	54·8	10		—	—	2	—	4	—	—	—	—
29	„ (Wiese)	60	47	78·3	35		6	3	2	—	1	—	—	—	—
30	Nordgermersleben (Schirmer)	40	40	100·0	25		—	—	—	—	—	—	—	—	—
31	Ohrsleben (Friedrich) .	17	16	94·1	10		—	—	—	—	—	—	—	—	—
32	Ostingersleben (Schlichthaar)	21	18	85·7	14		4	4	—		3	—	—	—	—
33	Satuelle (Knochenhauer)	16	15	93·8	3		—	—	—	—	—	—	—	—	—
34	Schackensleben (Perlitz)	41	38	92·7	30		1	2	—	—	—	—	—	—	—
35	Schwanefeld (Mack) . .	85	56	65·9	35		—	—	—	—	18	—	—	—	—
36	Sommersdorf (Anderbahr)	76	68	89·5	68		1	1	—	—	6	—	—	—	—
37	Uhrsleben (Schütte) .	25	23	92·0	13		2	5	—	—	—	—	—	—	2
38	Ummendorf (Loof)	38	36	94·7	37		—	1	—	—	2	—	1	—	3
39	Vahldorf (Oelecke)	33	33	100·0	31		—	1	—	—	1	—	—	—	—
40	Völpke (Bosse)	73	65	89·0	58		3	2	1	2	4	—	—	—	—
41	Wackersleben (Reinecke)	24	22	91·7	16		—	—	—	—	—	—	—	—	—
42	Warsleben (Schile) . .	58	47	81·0	20		—	—	—	—	—	—	—	—	—
43	Wedringen (Brandt) . .	28	25	89·3	19		—	—	—	—	1	—	—	—	—
44	Wefensleben (Brandt) .	32	27	84·4	25		2	1	—	—	5	—	—	—	—
45	Wormsdorf (Klodt) . . .	19	17	89·5	12		2	1	1	—	—	—	1	—	—
	Summa . . .	1982	1610	81·2	1150	58·0	60	117	25	14	57	1	10	2	5

Laufende Nummer	Kreis, Wohnorte und Hebammen	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Welche hauptsächlichsten Gründe lagen vor, weshalb die Mütter ihre Kinder überhaupt nicht oder nicht länger als 3 Monate stillten?								
							a	b	c	d Vorl. Krankheit		e Gewohnheit, Abneigung		f	g
										lagen vor in Fällen		lagen vor in Fällen			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Kreis Oschersleben.														
1	Adersstedt (Wassermann)	15	11	84·6	6		—	2	2	1	—	—	—	2	—
2	Andersbeck (Wenig)	54	42	77·8	30		—	—	—	—	5	—	—	—	—
3	Badersleben (Hoffmann)	30	27	90·0	25		—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	„ (Spangenberg)	42	38	90·5	38		—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	Crottorf (Deuter)	4	4	100·0	4		—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	Dedeleben (Germer)	43	29	67·4	22		11	—	—	2	1	—	—	—	—
7	Dingelstedt (Pressler)	37	32	86·5	19		2	—	—	3	—	—	—	—	2
8	„ (Schwanneke)	34	32	96·3	14		—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	Eilenstedt (Schickerling)	48	44	91·7	30		—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	Eilsdorf (Rudolph)	23	18	78·3	14		—	—	—	4	—	—	—	—	—
11	Gröningen (Böse)	51	48	94·1	32		1	1	—	8	—	—	—	—	—
12	„ (Vollrath)	73	68	93·1	41		2	—	27	3	15	—	—	—	—
13	Gunsleben (Lange)	13	13	100·0	10		—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	Hamersleben (Nicolaus)	57	45	78·9	25		—	16	3	—	10	—	—	—	—
15	Heteborn (Schmidt)	9	9	100·0	9		—	—	—	—	—	—	—	—	—
16	Hordorf (Brüggemann)	16	9	56·3	4		1	6	—	—	4	—	—	—	—
17	Hornhausen (Achilles)	57	49	85·9	44		—	1	2	2	5	—	—	—	—
18	„ (Baake)	75	52	69·3	38		—	21	—	—	14	—	—	—	—
19	Kloster Gröningen (Hundertmark)	40	33	82·5	28		—	3	3	2	4	—	—	—	—
20	Kroppenstedt (Lippe)	28	24	85·7	22		2	2	2	—	—	—	—	—	—
21	„ (Trautewig)	40	38	95·0	32		—	6	—	—	—	—	—	—	—
22	Neuwegersleben (Winter)	30	25	83·4	20		—	—	—	—	—	—	—	—	—
23	Oschersleben (Apel)	98	87	90·6	71		5	11	3	—	—	—	—	—	—
24	„ (Hinzburg)	60	60	100·0	50		—	—	12	—	—	—	—	—	—
25	„ (Koppe)	98	84	85·7	56		9	30	3	—	—	—	—	—	—
26	„ (Oertel)	88	78	88·6	46		4	20	8	—	14	—	—	—	—
27	„ (Tietzel)	40	34	85·0	18		2	15	6	—	—	—	—	—	—
28	„ (Twelkmeyer)	30	30	100·0	25		—	—	—	—	—	—	—	4	—
29	Ottleben (Habekost)	61	55	90·2	43		—	16	—	—	2	—	—	—	—
30	Pabstorf (Pabst)	24	24	100·0	12		2	4	—	2	4	—	—	—	—
31	Schlanstedt (Günther)	20	17	85·0	16		—	2	1	—	—	—	—	—	—
32	„ (Bühl)	25	22	88·0	18		1	9	—	—	—	—	—	—	—
33	Schwanebeck (Pape)	54	45	83·4	26		—	—	—	—	7	—	—	—	—
34	„ (Hennecke)	38	32	84·2	20		—	11	—	—	—	—	—	—	—
35	Vogelsdorf (Hansder)	26	23	88·5	18		1	4	—	1	—	—	—	1	—
36	Wegeleben (Behrens)	66	56	84·8	42		3	8	2	—	—	—	—	—	—
37	„ (Freund)	31	21	67·7	11		2	—	8	—	—	—	—	—	—
38	„ (Reßler)	3	3	100·0	2		—	1	—	—	—	—	—	—	—
39	Wulferstedt (Winter)	37	35	94·6	20		—	2	5	—	2	—	—	—	—
	Summa	1654	1443	86·9	1065	63·6	49	188	88	26	87	—	—	7	2

Laufende Nummer	Kreis, Wohnorte und Hebammen	Wieviel lebensfähige Kinder sind geboren?	Wieviel Kinder (Spalte 3) wurden an der Mutterbrust gestillt?	Prozentsatz von Spalte 4 zu 3	Wieviel Kinder (Spalte 4) wurden länger als 3 Monate gestillt?	Prozentsatz von Spalte 6 zu 3	Welche hauptsächlichen Gründe lagen vor, weshalb die Mütter ihre Kinder überhaupt nicht oder nicht länger als 3 Monate stillten? a	b	c	d Tod. Krankheit: der Mutter (lagen vor in Fällen)	d: des Kindes	e Grundlose Abneigung: der Kinder (lagen vor in Fällen)	e: der Mutter	f	g
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Osterburg.														
1	Altenzaun (Lohberg)	27	23	85·2	20		2	—	1	2	1	—	—	—	—
2	Arendsee (Gebel)	29	24	82·8	22		2	2	1	2	—	—	—	—	—
3	" (Lubig)	41	26	63·4	16		—	2	6	—	—	—	—	—	—
4	Aulosen (Persdorf)	12	8	66·7	6		—	—	4	2	—	—	1	—	—
5	Berge (Funk)	15	9	60·0	8		—	—	2	—	1	—	—	—	—
6	Binde (Hille)	37	22	59·5	17		4	3	3	2	—	—	—	—	—
7	Deutsch (Wulf)	27	21	77·8	14		1	1	3	2	—	—	—	—	—
8	Goldbeck (Thielbeer)	24	22	91·7	18		—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	Groß-Ballerstedt (Knauw)	48	39	81·2	19		—	20	2	—	—	—	3	—	—
10	Groß-Rossau (Neumann)	27	19	70·4	15		3	4	5	—	—	—	—	—	—
11	Hindenburg (Jüling)	39	34	87·2	18		6	8	5	—	—	—	—	—	—
12	Iden (Müller)	61	52	85·2	44		4	2	1	2	3	—	—	—	—
13	Kalbelau (Schulz)	64	45	70·3	25		2	12	8	—	—	—	—	2	—
14	Krusemark (Krach)	35	30	85·7	26		—	2	3	2	—	—	—	—	—
15	Meseberg (Herms)	42	35	83·4	28		—	—	14	—	—	—	—	—	—
16	Meßdorf (Schulz)	34	25	73·5	17		—	3	5	—	—	—	—	—	—
17	Neukirchen (Sannemann)	43	37	86·1	13		3	16	4	—	—	—	—	—	8
18	Osterburg (Berger)	97	72	74·2	29		—	—	6	—	—	—	4	3	—
19	" (Kauder)	48	38	79·2	20		4	8	6	—	—	—	—	—	—
20	" (Kräpener)	43	26	60·5	16		—	17	—	—	—	—	—	—	—
21	Seehausen (Hayer)	96	78	81·2	52		3	—	3	10	2	—	—	—	—
22	" (Koch)	52	41	78·8	30		7	—	6	4	1	—	—	—	—
23	Späningen (Netzband)	28	26	92·9	13		—	15	—	—	—	—	—	—	—
24	Werben (Hackys)	70	55	78·6	40		—	16	—	—	6	—	—	—	—
	Summa	1035	897	78·9	560	54·3	33	134	88	28	14	—	12	5	8
	Quedlinburg.														
1	Cochstedt (Männecke)	43	42	97·7	31				4	—	—	—	—	—	—
2	Ditfurt (Bartels)	31	24	77·4	18		—	—		—	—	—	—	—	—
3	" (Weitsche)	30	29	96·7	29		—	—		—	—	—	—	—	—
4	Friedrichsbrunn (Flügge)	17	15	88·2	7		5	5	—	—	—	—	—	—	—
5	Gatersleben (Bollmann)	71	67	94·3	67		—	—	2	—	—	—	—	—	—
6	Groß-Schierstedt (Zahn)	12	11	91·7	11		—	1	—	—	—	—	—	—	—
7	Hedersleben (Brinkmann)	6	6	100·0	5		—	1	—	—	—	—	—	—	—
8	" (Machemehl)	23	23	100·0	18		—	1	2	1	1	—	—	—	—
9	" (Hohde)	25	18	72·0	10		1	4	8	—	—	—	—	—	—
10	Hausneindorf (Dietrich)	25	20	80·0	16		2	4	3	—	—	—	—	—	—
11	Königsaue (Focke)	36	32	88·9	22		1	2	—	—	—	—	—	—	—
	Seite	319	287	—	244	—	9	18	19	1	1	—	—	—	—

Laufende Nummer	Kreis, Wohnorte und Hebammen	Wieviel lebensfähige Kinder sind [illegible] entbunden?	Wieviel Kinder (Spalte 3) wurden an der Mutterbrust gestillt?	Prozentsatz von Spalte 4 zu 3	Wieviel Kinder (Spalte 3) wurden länger als 3 Monate gestillt?	Prozentsatz von Spalte 6 zu 3	Welche hauptsächlichsten Gründe lagen vor, weshalb die Mütter ihre Kinder überhaupt nicht oder nicht länger als 3 Monate stillten? a: Warzen und Brüste waren ungeeignet	b: es war keine genügende Milch vorhanden	c: Die Mutter [illegible] Arbeit [illegible]	d: Tod, Krankheit od. Schwäche der Mutter (lagen vor in Fällen)	d: Tod, Krankheit od. Schwäche des Kindes (lagen vor in Fällen)	e: Gründliche Abneigung des Kindes (lagen vor in Fällen)	e: Gründliche Abneigung der Mutter (lagen vor in Fällen)	f: Wegen Schwangerschaft	g: [illegible]
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Übertrag	319	267	—	244	—	5	18	19	1	1	—	—	—	—
12	Nachterstedt (Bergfeld)	38	34	89·5	23		4	2	2	2	—	—	—	—	—
13	Neinstedt (Kleye)	22	22	100·0	12		—	10	—	—	—	—	—	—	—
14	„ (Medefindt)	75	59	78·7	36		—	39	—	—	—	—	—	—	—
15	Pr.-Börnecke (Steffens)	78	63	80·8	48		—	10	5	—	—	—	15	—	—
16	Quedlinburg (Arendt)	88	81	92·0	73		—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	„ (Franke)	150	110	73·3	110		2	32	—	—	—	—	—	—	—
18	„ (Gätke)	47	39	82·9	17		1	4	9	3	—	—	8	—	—
19	„ (Leopold)	27	20	74·1	17		—	4	—	—	—	—	—	—	—
20	„ (Preuße Emma)	99	83	83·9	38		1	2	—	3	—	—	6	—	—
21	Quedlinburg (Preuße Hermine)	22	17	77·3	12		1	2	1	1	—	—	—	—	—
22	Quedlinburg (Reinhardt)	40	35	87·5	35		1	2	2	—	—	—	—	—	—
23	„ (Schneevogt)	59	50	84·7	50		—	3		1	—	—	—	—	—
24	„ (Schwarz)	69	48	69·6	44		5	26	—	—	—	—	—	—	—
25	Schadeleben (Rinck)	35	29	82·9	23		2	—	9	1	—	—	—	—	—
26	Schneidlingen (Braun)	41	26	63·4	18		3	—	—	—	—	—	—	—	—
27	„ (Wolf)	21	18	85·7	14		—	—	3	1	—	—	—	—	—
28	Suderode (Frommknecht)	35	32	91·4	29		—	2	—	1	—	—	—	—	—
29	„ (Lamme)	13	6	46·2	6		—	2	—	—	—	—	—	—	—
30	Thale (Block)	77	59	76·6	32		4	12	2	5	2	—	—	—	—
31	„ (Dippe)	89	87	97·8	79		—	—	2	2	6	—	—	—	—
32	„ (Hahn)	78	71	91·0	60		2	2	—	3	—	—	—	—	—
33	„ (Hoppe)	119	94	79·0	69		—	—	—	—	—	—	—	—	—
34	„ (Reimer)	56	52	92·9	47		—	7	2	—	—	—	—	—	—
35	„ (Wiese)	83	79	95·2	40		—	2	—	—	10	—	—	—	3
36	Warnstedt (Marquardt)	7	6	85·7	6		—	1	—	—	—	—	—	—	—
37	„ (Trenkel)	18	15	83·4	13		1	—	—	2	—	—	—	2	—
38	Weddersleben (Nebe)	43	30	69·7	25		—	9	3	—	—	—	—	—	—
39	„ (Raschorn)	29	27	93·1	12		—	4	—	—	1	—	—	—	—
40	Wedderstedt (Hofsommer)	12	10	83·4	8		—	—	—	—	—	—	—	—	—
41	Westerhausen (Christiger)	49	25	51·0	20		6	2	8	2	4	—	—	—	—
42	„ (Hasenschild)	34	29	85·3	25		1	4	—	—	—	—	—	—	—
43	Wilsleben (Liebau)	20	14	70·0	8		2	4	—	—	—	—	—	—	—
	Summa	1994	1659	83·2	1327	69·5	45	210	64	25	24	—	29	2	3

Laufende Nummer	Kreis, Wohnorte und Hebammen.	[illegible]	[illegible]	Prozentsatz von Spalte 4 zu 3	[illegible]	Prozentsatz von Spalte 6 zu 3	Welche hauptsächlichsten Gründe liegen vor, weshalb die Mütter ihre Kinder überhaupt nicht oder nicht länger als 3 Monate stillten? a	b	c	d Tod, Krankheit der Mutter	d Tod, Krankheit des Kindes	e Grundlose Abneigung des Kindes	e Grundlose Abneigung der Mutter	f	g
							[illegible]	[illegible]	[illegible]	lagen vor in Fällen		lagen vor in Fällen		[illegible]	[illegible]
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Kreis Salzwedel.														
1	Altmersleben (Preetz)	19	14	73·7	14		2	2	1	—	—	—	—	—	—
2	Bandau (Peters)	31	19	61·3	16		2	6	4	—	—	—	—	—	—
3	Beetzendorf (Gäuse)	44	28	63·6	21		—	20	3	—	—	—	—	—	—
4	Calbe (Arns)	39	26	66·7	12		—	—	5	—	—	—	—	—	—
5	„ (Kuester)	33	23	69·7	17		2	—	—	6	3	—	—	—	—
6	Cheine (Koch)	25	19	76·0	18		—	—	—	—	1	—	—	—	—
7	Cunrau (Elling)	54	43	79·6	27		2	—	—	1	—	—	2	—	—
8	Dähre (Miltner)	54	48	88·9	46		1	3	—	2	—	—	—	—	—
9	Diesdorf (Meyer)	36	32	88·9	26		—	3	1	—	—	—	—	—	—
10	„ (Lehnecke)	51	48	94·1	39		3	—	4	—	—	—	2	—	—
11	Eversdorf (Milsetz)	54	36	66·7	27		2	6	6	6	—	—	—	—	—
12	Groß-Apenburg (Heinz)	46	40	86·9	29		—	15	2	—	—	—	—	—	—
13	„ (Zuelert)	2	1	50·0	1		—	—	1	—	—	—	—	—	—
14	Güssefeld (Tanger)	32	17	53·1	15		—	4	2	2	—	—	6	—	—
15	Henningen (Tiedge)	49	42	85·7	42		1	2	1	—	—	—	—	—	—
16	Jübar (Heumann)	49	45	91·8	38		—	—		—	—	—	—	—	—
17	Langendorf (Hartwig)	39	31	79·5	31		5	—	3	—	—	—	—	—	—
18	Mahlsdorf (Lange)	26	17	65·4	17		—	7	2	—	—	—	—	—	—
19	Packebusch (Müller)	35	29	82·9	25		3	3	—	—	—	—	—	—	—
20	Perver (Hothmann)	62	54	87·1	50		1	7	—	—	4	—	—	—	—
21	Pretzier (Bald)	43	29	67·4	29		—	—	—	—	2	—	—	—	—
22	Rohrberg (Christensen)	47	39	82·9	39		2	3	3	—	—	—	—	—	—
23	Salzwedel (Benecke)	140	130	92·9	100		—	—	—	—	—	—	—	—	—
24	„ (Bert)	95	82	86·3	53		4	16	12	—	—	—	—	—	—
25	„ (Lenz)	4	3	75·0	3		1	—	—	—	—	—	—	—	—
26	„ (Schulz Ida)	43	34	79·1	25		3	1	2	—	—	—	—	—	—
27	„ (Schulz Luise)	37	36	97·3	22		1	—	2	—	—	—	—	—	—
28	Siedenlangenbeck (Nieber)	40	30	75·0	9		—	—	—	—	—	—	—	—	—
29	Steinitz (Meyer)	23	15	65·2	8		3	3	7	—	—	—	3	—	—
30	Tangeln (Jäger)	31	31	100·0	15		—	—	2	—	—	—	—	—	—
31	Winterfeld (Steffens)	34	29	85·3	24		4	5	1	—	—	—	—	—	—
32	Zethlingen (Schulze)	35	30	85·7	20		2	10	1	2	—	—	—	—	—
	Summa	1352	1100	81·4	861	63·7	47	118	65	18	10	—	13	—	—
	Kreis Stendal.														
1	Arneburg (Schönfeld)	39	39	100·0	23		1	—	—	1	—	—	—	—	—
2	„ (Wittig)	26	22	84·6	22		—	4	—	—	—	—	—	—	—
3	Baben (Lindecke)	15	13	86·7	9		1	5	—	—	—	—	—	—	—
	Seite	80	74	—	54	—	2	9	—	1	—	—	—	—	—

Laufende Nummer	Kreis, Wohnorte und Hebammen	3	4	5	6	7	Welche hauptsächlichen Gründe lagen vor, weshalb die Mütter ihre Kinder überhaupt nicht oder nicht länger als 3 Monate stillten? a	b	c	d Vol. Krankheit lagen vor in Fällen		e lagen vor in Fällen		f	g
										der Mutter	des Kindes	des Kindes	der Mutter		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Übertrag	80	74	—	34	—	2	9	—	1	—	—	—	—	—
4	Badingen (Loeme)	60	38	63·3	27		2	10	5	6		—	10	—	—
5	Berkau (Nagel)	40	28	70·0	17		—	7	4	—	—	—	—	—	—
6	Bukholz (Hartz)	34	21	61·8	17		2	15	—	—	—	—	—	—	—
7	Fermark (Dieter)	63	47	74·6	39		—	1	7	—	—	—	—	—	—
8	„ (Dolfmits)	63	41	65·1	32		—	—	—	—	1	—	—	—	—
9	„ (Thormann)	15	11	73·3	11		1	2	1	—	—	—	—	—	—
10	Fettkau (Kuhlmark)	33	33	100·0	18					—	—	—	—	—	—
11	Borstel (Kalweit)	11	5	45·5	5			2	4	—	—	—	—	—	—
12	Buch (Grimsch)	44	29	65·9	20		—	—	—	—	6	—	—	—	—
13	Grieben (Behne)	32	14	43·8	13		—	5	—	—	—	—	—	—	—
14	Groß-Möringen (Henne)	32	25	78·1	10		—	10	5	—	2	—	—	—	—
15	Groß-Schwarzlosen (Feitse)	48	43	89·6	33				3	—	—	—	2	—	—
16	Gr.-Schwechten (Schulze)	24	14	58·3	12					—	1	—	—	—	—
17	Lüderitz (Dierks)	33	23	69·7	12					—	14	—	—	—	—
18	Nahrstedt (Bombert)	17	6	35·3	6		2	3	2	—	—	—	—	—	—
19	Ost-Insel (Meyer)	21	19	90·5	13		—	4	—	—	—	—	2	—	—
20	Rochau (Arndt)	30	18	60·0	14		1	1	—	—	—	—	—	—	—
21	Schönwalde (Junge)	32	31	96·9	23		—	2	—	—	—	—	—	—	—
22	Tangerhütte (Lindorf)	35	27	77·1	25		—	—	—	—	—	—	—	—	—
23	Tangerhütte (Gottfried)	65	51	78·5	28		2	17	8	4	6	—	—	—	—
24	„ (Jacob)	191	176	92·1	95		4	68	20	4	—	—	—	—	—
25	„ (Jahns)	152	137	90·1	98					—	19	—	—	—	—
26	„ (Stechmann)	187	170	90·9	151		—	—	—	—	—	—	—	—	—
27	Stendal (Barteke)	77	57	74·0	46		1	14	5	4	—	—	—	—	—
28	„ (Knauss)	168	146	86·9	56		2	—	5	6	—	—	—	—	—
29	„ (Koch)	52	39	75·0	26		—	1	3	2	6	—	—	—	—
30	„ (Köhler)	65	48	73·8	43		4	6	4	5	—	—	6	—	—
31	„ (Lippert)	127	91	71·7	66		—	—	—	—	15	—	—	—	—
32	„ (Meyer)	104	80	76·9	54		4	6	8	8	11	—	—	—	—
33	„ (Nagel)	20	11	55·0	7		—	3	2	7	2	—	—	—	—
34	„ (Reinhardt)	54	47	87·0	47		3	—	—	2	2	—	—	—	—
35	„ (Rühle)	14	8	57·1	5		—	—	—	—	—	—	—	—	—
36	„ (Schulze Ida)	5	3	60·0	3		—	—	1	1	—	—	—	—	—
37	„ (Schulze Nanny)	7	7	100·0	3		—	—	2	1	—	—	1	—	—
38	„ (Steffens)	14	10	71·4	8		—	6	4	—	—	—	—	—	—
39	Vaethen-Tangerhütte (Bage)	60	41	68·3	29		3	5	4	1	8	—	6	4	—
40	Vaethen (Klein)	96	83	86·5	62			—		—	—	—	—	—	—
41	Walsleben (Cordts)	62	56	90·3	40			12	2	2	—	—	—	—	—
	Summe	2268	1808	79·7	1284	55·7	34	306	99	52	93	—	27	4	—

Laufende Nummer	Kreis, Wohnorte und Hebammen						Welche hauptsächlichsten Gründe liegen vor, weshalb die Mütter ihre Kinder überhaupt nicht oder nicht länger als 3 Monate stillten?								
							a	b	c	d		e		f	g
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Kreis Wanzleben.														
1	Altbrandsleben (Gerecke)	7	7	100·0	6		—	—	—	—	1	—	—	—	—
2	Altenweddingen (Heyer)	41	38	92·7	25		—	10	2	—	3	—	—	—	—
3	" (Schladitz)	19	19	100·0	10		—	3	4	—	—	—	—	—	—
4	Ampfurth (Trudewig)	16	16	100·0	15		—	—		—	—	—	—	1	—
5	Bahrendorf (Fricke)	36	32	88·9	20		1	8	2	1	9	—	—	—	—
6	Beyendorf (Otto)	43	34	79·1	24		—	7	—	2	10	—	—	—	—
7	Bleckendorf (Tolle)	48	46	95·8	26		2	5	5	1	9	—	—	—	—
8	Bottmersdorf (Klauss)	13	10	76·9	8		1	—	5	—	—	—	—	—	—
9	Dreileben (Kindler)	80	72	90·0	33		2		—	—	16	—	—	—	—
10	Dodendorf (Reimann)	25	21	84·0	12		—	9	1	1	2	—	—	—	—
11	Domersleben (Stridde)	42	22	52·4	13		—	—	—	—	11	—	—	—	—
12	Egeln (Dippe)	42	40	95·2	32		—	8	—	2	—	—	—	—	—
13	" (Heinemann)	36	34	94·4	34		—	—	2	—	—	—	—	—	—
14	" (Köpke)	84	72	85·7	59		10	15	—	—	—	—	—	—	—
15	Eggenstedt (Voigt)	20	19	95·0	16		—	9	—	1	—	—	—	—	—
16	Etgersleben (Dankworth)	58	57	98·3	50		1	5	—	1	—	—	—	—	1
17	Felgeleben (Ernst)	112	99	88·4	86		—	5	4	—	16	—	—	—	—
18	" (Röder)	28	23	82·1	16		—	12	—	—	—	—	—	—	—
19	" (Volpert)	91	67	73·6	51		8	10	4	—	1	—	—	—	1
20	Groß-Germersleben (Trümpelmann)	34	30	88·2	28		7	8			1	—	—	—	—
21	Groß-Ottersleben (Kühnholz)	41	41	100·0	26								—	—	—
22	Groß-Ottersleben (Rosenkranz)	119	112	94·1	75		—		—		26	—	—	—	—
23	Gr. Ottersleben (Thiele)	73	72	98·6	61		—	—	6		8	—	—	—	—
24	" (Wege)	134	121	90·3	101		4	12	9	—	8	—	—	—	—
25	Hadmersleben (Schmidt)	50	46	92·0	28		2	15	4	—	—	—	—	—	—
26	Dorf Hadmersleben (Nehring)	29	25	86·2	22		—	—	—	1	—	—		—	—
27	Hakeborn (Fässing)	44	40	90·9	21		—	4	7	9	—	—			2
28	Hohendodeleben (Bearcke)	22	16	72·7	14		1	2	—	4	—	—	—	—	—
29	Hohendodeleben (Hoppe)	27	25	92·6	19		—	2	—	—	6	—	—	—	—
30	Klein-Germersleben (Krumm)	21	21	100·0	12		—	3	[1]) 3	—	2	—	—	—	—
31	Kl.-Oschersleben (Kohl)	25	20	80·0	14		—	7	—	—	—	—	—	—	—
32	Klein-Ottersleben (Gemmer)	67	44	65·6	24		1	—	3	—	14	—	—	—	—
	Seite	1327	1221	—	968	—	36	164	60	23	153	—	—	1	5

[1]) Darunter 1, die als Amme in Stellung ging.

Laufende Nummer	Kreis, Wohnorte und Hebammen	Wieviel lebensfähige Kinder sind 1907 (Hebammen-Kreisarzt?)	Wieviel Kinder (Spalte 3) wurden an der Mutterbrust genährt?	Prozentsatz von Spalte 4 zu 3	Wieviel Kinder (Spalte 4) wurden länger als 3 Monate gestillt?	Prozentsatz von Spalte 6 zu 3	Welche hauptsächlichsten Gründe lagen vor, weshalb die Mütter ihre Kinder überhaupt nicht oder nicht länger als 3 Monate stillten? a	b	c	d Tod, Krankheit		e Grundlose Abneigung		f	g
							[illegible]	Es war keine genügende Milch vorhanden	[illegible]	der Mutter	des Kindes	des Kindes	der Mutter	[illegible]	[illegible]
										lagen vor in Fällen		lagen vor in Fällen			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Übertrag	1527	1321	—	968	—	36	161	¹) 60	23	152	—	—	1	2
33	Kl.-Rodensleben (Wille)	24	19	79·2	11		—	6	4	—	—	—	—	—	—
34	Kl.-Wanzleben (Kiesel)	53	40	75·5	31		1	9	2	2	—	—	—	—	—
35	Langenweddingen (Becker)	42	29	69·0	15		—	4	9	—	—	—	—	—	—
36	Langenweddingen (Stern)	39	35	89·7	38		—	—	—	—	11	—	—	—	—
37	Lemsdorf (Fleischhauer)	28	20	71·4	20		1	2	3	1	1	—	—	—	—
38	Osterweddingen (Heese)	51	49	96·0	28		—	—	—	—	—	—	—	—	—
39	Remkersleben (Schwieson)	39	34	87·2	20		—	—	—	—	3	—	—	—	—
40	Salbke (Theil)	47	44	93·6	33		1	2	1	5	—	—	—	—	—
41	,, (Titsch)	71	50	70·4	33		2	3	—	—	6	—	—	—	—
42	Schermcke (Nebelkorn)	28	21	75·0	11		—	5	—	—	1	—	—	—	—
43	Schwaneberg (Brandes)	24	22	91·7	13		—	4	—	1	—	—	—	—	2
44	Seehausen (Wackerhagen)	81	78	96·3	73		—	4	¹) 5	—	1	—	—	—	—
45	Sülldorf (Schnitzer)	27	23	85·2	18		1	3	1	—	—	—	—	—	—
46	Tarthun (Dencke)	50	48	96·0	29		2	17	—	—	—	—	—	—	—
47	Unseburg (Reuter)	90	84	93·3	70		2	5	1	1	5	—	1	—	—
48	Wanzleben (Helming)	71	59	83·1	33		—	—	7	—	13	—	—	—	—
49	,, (Schmidt)	53	42	79·3	34		—	—	—	—	—	—	—	—	—
50	Welsleben (Lindemann)	51	36	70·6	29		—	—	—	—	8	—	—	—	—
51	Westeregeln (Finke)	69	58	84·1	49		2	11	—	1	—	—	—	2	—
52	,, (Fischer)	36	30	83·3	22		—	—	—	—	—	—	—	—	—
53	Westerhüsen (Meyer)	169	157	92·9	112		1		11	6	9	—	—	—	—
54	Wolmirsleben (Asche)	79	74	93·7	69		—	—	—	—	1	—	2	—	—
	Summe	2766	2491	90·1	1772	64·0	49	239	¹) 104	40	214	—	3	2	7
	Kreis Grafschaft **Wernigerode.**														
1	Darlingerode (Riemenschneider)	18	15	83·3	10		2	3	2	1		—	—	—	—
2	Drübeck (Hildebrandt)	10	8	80·0	6		1	1	—	—		—	—	—	—
3	,, (Lilie)	20	17	85·0	17		—	3	—	2		—	—	—	—
4	Hasserode (Hartung)	60	46	76·7	42		2	4	—	—	12	—	—	—	—
5	,, (Bödler)	72	70	97·2	58		4	5	—	—	—	—	—	—	—
6	Ilsenburg (Berger)	59	55	93·2	35		—	—	—	—	1	—	—	—	—
7	,, (Seidel)	48	39	81·2	26		—	8	1	—	—	—	—	—	—
	Seite	287	250	—	204	—	9	24	3	3	12	—	—	—	—

¹) Darunter 3 [illegible]

Laufende Nummer	Kreis, Wohnorte und Hebammen	Wieviel lebensfähige Kinder sind 1905 v. d. Hebammen d. Kreises entb.?	Wieviel Kinder (Spalte 3) wurden an der Mutterbrust gestillt?	Prozentsatz von Spalte 4 zu 3	Wieviel Kinder (Spalte 4) wurden länger als 3 Monate gestillt?	Prozentsatz von Spalte 6 zu 3	Welche hauptsächlichsten Gründe lagen vor, weshalb die Mütter ihre Kinder überhaupt nicht oder nicht länger als 3 Monate stillten? a [illegible]	b Es war keine genügende Milch vorhanden	c [illegible]	d Tod, Krankheit der Mutter (lagen vor in Fällen)	d Tod, Krankheit des Kindes (lagen vor in Fällen)	e Grundlose Abneigung der Kinder (lagen vor in Fällen)	e Grundlose Abneigung der Mutter (lagen vor in Fällen)	f [illegible]	g [illegible]
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Übertrag . . .	287	250	—	204	—	9	24	3	3	13	—	—	—	—
8	Nöschenrode (Findeisen)	58	56	96·6	51		2	2	—	1	—	—	—	—	—
9	Langeln (Franzstock) .	24	18	75·0	12		2	6	3	—	—	—	—	—	—
	Reddeber (Eilert) . .	15	12	80·0	9		1	2	—	—	—	—	—	—	—
10	Schierke (Theis) . .	3	3	100·0	3		—	—	—	—	—	—	—	—	—
11	Silstedt (Meyer) . . .	22	17	77·3	4		—	5	—	2	—	—	—	—	—
12	Stapelburg (Berger) . .	25	23	92·0	23		1	—	—	—	—	—	—	—	—
13	Veckenstedt (Meyer)	31	23	74·2	23		1	7	—	—	—	—	—	—	—
14	Wasserleben (Schmidt)	40	39	97·5	34		—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	Wernigerode (Bencke) .	107	94	87·9	71		—	34	—	—	2	—	—	—	—
16	„ (Freterling)	52	39	75·0	34		4	8	3	—	—	—	—	—	—
17	„ (Hansen) .	70	51	72·9	50		—	—	—	—	—	—	—	—	—
18	„ (Oelchmann)	120	106	88·3	33		4	62	4	—	—	—	—	—	—
19	Summa .	854	731	85·6	551	64·6	24	150	13	6	15	—	—	—	—
	Wolmirstedt.														
1	Angern (Geßler) . . .	20	18	90·0	12		—	2	—	—	—	—	—	—	—
2	„ (Bahne) . . .	16	12	75·0	9		—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	Barleben (Oelemann) .	109	88	80·7	66		—	—	6	—	—	—	—	—	—
4	„ (Möhring) . .	43	22	51·2	15		—	5	—	—	—	—	—	—	—
5	„ (Thierack) . .	3	1	33·3	1		—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	Burgstall (Strenz) .	40	31	77·5	14		1	—	—	1	6	—	4	—	—
7	Colbitz (Troch) . .	85	64	75·3	48		4	18	2	—	—	—	—	—	—
8	Dahlenwarsleben (Genthe)	48	33	68·8	23		3	7	3	3	1	—	—	—	—
9	Drakenstedt (Meyer) .	20	16	80·0	13		—	2	1	—	—	—	2	—	—
10	Dreileben (Kalbitz)	27	23	85·2	12		8	7	—	—	—	—	—	—	—
11	Druxberge (Hedke) .	12	8	66·7	6		—	—	4	—	1	—	—	—	—
12	Ebendorf (Geest) . . .	2	2	100·0	—		—	—	—	—	2	—	—	—	—
13	Eichenbarleben (Reppert)	40	33	82·5	30		3	—	—	4	—	—	—	3	—
14	Glindenberg (Meier) . .	25	23	92·0	20		2	—	3	—	—	—	—	—	—
15	Groß-Ammensleben (Hahn)	49	49	100·0	25		—	—	—	—	—	—	—	—	—
16	Groß-Rodensleben (Haase).	38	33	86·8	15		—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	Gutenswegen (Schmidt)	18	17	94·4	14		1	2	—	—	—	—	1	—	—
18	Hohenwarsleben (Lammroth)	18	15	83·3	13		2	1	2	—	—	—	—	—	—
	Seite	613	488	—	338	—	24	44	21	8	10	—	7	3	—

Laufende Nummer	Kreis, Wohnorte und Hebammen	[illegible]	[illegible]	Prozentsatz von Spalte 4 zu 3	[illegible]	Prozentsatz von Spalte 6 zu 3	Welche hauptsächlichsten Gründe lagen vor, weshalb die Mutter ihre Kinder überhaupt nicht oder nicht länger als 3 Monate stillte? a	b	c	d Erbl. Krankheit der Mutter (liegen vor in Fällen)	d des Kindes	e des Kindes (liegen vor in Fällen)	e der Mutter	f	g
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Übertrag	613	488	—	338	—	24	44	21	8	19	—	7	2	—
19	Irxleben (Bauer)	30	25	86·7	19		1	13	1	1	—	—	—	—	—
20	Jersleben (Rühe)	16	10	62·5	7		—	7	2	—	—	—	—	—	—
21	Kehnert (Görtz)	53	46	86·8	26		3	24		—	—	—	—	—	—
22	Klein Ammensleben (Grosse)	17	17	100·0	10		—	6	—	—	—	—	—	1	—
23	Loitsche (Bock)	17	15	88·2	11			4	2	—	—	—	—	—	—
24	Mahlwinkel (Köstel)	21	14	66·7	10		—	—	—	—	—	—	—	—	—
25	Meitzendorf (Jeserich)	24	18	75·0	13		2	2	1	—	—	—	—	2	—
26	Meseberg (Sender)	14	8	57·1	2		1	4	—	1	—	—	—	—	—
27	Niederndodeleben (Dittmar)	62	53	85·6	45		—	12	—	—	10	—	—	—	—
28	Ochtmersleben (Feldmann)	20	17	85·0	16		3	—		—	—	—	—	—	—
29	Olvenstedt (Brandow)	38	27	71·1	24		6	—	4	1	—	—	1	—	—
30	„ (Priesemann)	102	84	82·4	67		5	5	—	2	10	—	—	—	—
31	Rothensee (Thiele)	42	37	88·1	33			—	5	1	2	—	1	—	—
32	Rogätz (Heidemann)	35	29	82·9	24		—	—	—	—	—	—	—	—	—
33	„ (Michaelis)	30	27	90·0	19		1	—	2	1	2	—	2	—	—
34	Samswegen (Krefeld)	80	26	32·5	19		—	4	1	—	—	—	—	—	—
35	Schnarsleben (Schönfeld)	45	16	35·5	7		—	—	—	—	—	—	—	—	—
36	Wellen (Arnecke)	31	28	90·3	13		1	9	2	—	—	—	—	—	—
37	Wolmirstedt (Eckel)	77	58	75·3	40		3	16	2	—	2	—	2	—	—
38	„ (Klopp)	30	20	66·7	13		—	—		—	—	—	—	—	—
39	„ (Schopper)	79	49	62·0	44		—	—		—	—	—	—	—	—
40	Zielitz (Schnabel)	41	36	87·8	22		—	9		1	—	—	4	—	—
	Summa	1485	1147	77·2	819	55·2	46	152	45	16	38	—	17	6	—

Laufende Nummer	Kreis	[illegible]	[illegible]	Prozente Spalte 4 zu 3	[illegible]	Prozente von Spalte 6 zu 3	Welche hauptsächlichsten Gründe lagen vor, weshalb die Mütter ihre Kinder überhaupt nicht oder nicht länger als 3 Monate stillten? a [illegible]	b [illegible]	c [illegible]	d Tod, Krankheit lagen vor in Fällen: der Mutter	des Kindes	e Grundlose Abneigung lagen vor in Fällen: des Kindes	der Mutter	f [illegible]	g [illegible]
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Zusammenstellung:														
1	Aschersleben (St.)	721	560	77·7	432	60·0	25	58	60	10	12	—	—	—	—
2	Calbe	3189	2727	85·5	1935	60·9	97	193	1) 128	33	91	5	8	17	9
3	Gardelegen	1862	1633	87·6	1241	66·6	60	266	2) 62	28	45	1	14	3	6
4	Halberstadt (St.)	1127	902	80·0	707	63·0	24	66	38	21	46	—	9	—	—
5	Halberstadt (Land)	1001	828	82·7	641	64·0	22	142	3) 37	20	31	—	3	2	—
6	Jerichow I	2436	1984	81·4	1396	57·3	140	336	244	32	97	3	54	9	7
7	Jerichow II	1369	1075	78·5	756	55·2	38	196	4) 55	32	58	3	47	—	12
8	Magdeburg (Stadt)	5340	4637	86·8	3398	63·2	167	303	228	132	77	8	46	17	27
9	Neuhaldensleben	1982	1610	81·2	1159	58·0	60	117	25	14	57	1	10	2	5
10	Oschersleben	1664	1446	86·9	1025	61·6	49	188	88	26	87	—	—	7	4
11	Osterburg	1025	807	78·0	563	54·3	33	134	88	28	14	—	12	5	6
12	Quedlinburg	1994	1659	83·2	1327	66·5	45	210	64	25	24	—	29	2	5
13	Salzwedel	1352	1100	81·4	861	63·7	47	116	85	18	10	—	12		
14	Stendal	2268	1808	79·7	1264	55·7	34	205	99	32	90	—	27	4	
15	Wanzleben	2766	2491	90·1	1772	64·0	49	229	5) 104	40	214	—	3	3	7
16	Wernigerode	854	733	85·6	551	64·6	24	150	13	4	15	—	—	—	—
17	Wolmirstedt	1483	1147	77·2	819	55·2	46	153	43	16	36	—	17	6	—
	Zusammen	32447	27145	83·7	19838	61·0	978	3182	1462	534	1000	21	292	77	97

1) Darunter 5. — 2) darunter 2. — 3) Darunter 1. — 4) Darunter 1. — 5) Darunter 2. Zusammen 11, die als Amme in Stellung gingen.

Die vorstehenden beiden Statistiken haben gewiß zunächst nur für unseren Regierungsbezirk größere Bedeutung. Vieles aber, was sie bringen, dürfte doch von solchem Interesse für die in der Säuglingsfürsorge Tätigen sein, daß uns ihre Veröffentlichung mit allen Einzelheiten gerechtfertigt erschien, und zwar um so mehr, als es bislang an ähnlichen Zusammenstellungen völlig mangelt. Es kann in der Säuglingsfürsorge auf die Dauer unmöglich genügen, sich immer wieder auf die allbekannten großen Zahlen der einzelnen Staaten und Länder zu berufen, die doch nur eine ganz allgemeine Übersicht über das Elend der großen Säuglingssterblichkeit geben können. Halten wir uns aber auch nur an unser Deutsches Reich und seine Einzelstaaten, so bedarf es wohl kaum des Hinweises, daß jeder intimere Einblick in die fraglichen Verhältnisse uns bislang versperrt war, weil rein örtlich so wesentliche Verschiedenheiten in Rasse, sozialer Lage, Sitten und Unsitten usw. obwalten, daß es absolut nicht gleichgültig ist, ob jemand in Magdeburg oder München, Königsberg oder Köln Säuglingsfürsorge treiben will. Wohl sind am Ende die Grundursachen der hohen Säuglingssterblichkeit überall die gleichen, ihr spezielles Verhalten aber im abgegrenzten Bezirke mit selbständiger Verwaltung und die Nebenumstände, die sie beeinflussen respektive mit verursachen, sind oft so verschieden, daß man ohne ihre genaue Kenntnis und speziell ohne Einblick in ihre wechselseitigen Beziehungen kaum eine rationelle Säuglingsfürsorge treiben kann.

Dies Gefühl kam uns besonders zum Bewußtsein, als wir in Magdeburg begannen, uns der hier besonders schwer notleidenden Säuglinge anzunehmen. Zwar war es leicht, die Hauptschäden rasch aufzudecken, zu zeigen, daß in den drei Monaten Juli, August und September mit einer Regelmäßigkeit, die schon einem Gesetze nahekommt, die Hälfte aller im Jahre sterbenden Säuglinge dahingerafft wird, und zwar fast ausschließlich an Magen- und Darmkatarrhen und daß die meisten Opfer nicht etwa die engen Viertel der Altstadt, sondern die industriellen Vorstädte Neustadt, Sudenburg, Buckau fordern, in denen weibliche Arbeitskräfte am meisten, und zwar in beträchtlicher Zahl beschäftigt werden. Es lag nahe, bei diesen Verhältnissen den Hauptschaden im Nichtstillen respektive in dem frühen Absetzen der Kinder zu suchen, aber an einem exakten Zahlenmaterial, das zum Beweise hätte dienen können, fehlte es völlig. Man war auf Schätzungen angewiesen und nahm an, daß die Zahl der überhaupt Gestillten, wie in anderen Großstädten, nicht weit über 50% hinausgehe. Da überraschte uns der damalige sehr verdiente Leiter unserer städtischen Säuglingsabteilung Keller mit der Mitteilung, daß bei uns 76·5% der Säuglinge überhaupt und 71·2% länger als einen Monat gestillt würden. Dieser Nachweis fußte auf einem Material von 633 kontrollierten Kindern, ausschließlich den unteren Volksschichten entstammend. War das Material auch gewiß nicht groß und die registrierte Dauer des Stillens nicht lang, so übertrafen diese Zahlen, selbst mit aller Vorsicht genommen, so weit die landläufigen Schätzungen, daß man notgedrungen der so oft behaupteten steigenden Stillunfähigkeit

unserer Frauenwelt starke Zweifel entgegenbringen mußte. Denn wenn tatsächlich über 71% der Mütter unserer unteren Volksschichten länger als einen Monat stillen konnten, so war anzunehmen, daß ein nicht so sehr viel geringerer Prozentsatz auch eine genügend lange Zeit weiter zu stillen imstande sei und daß von der mangelhaften Entwicklung und geringen körperlichen Widerstandsfähigkeit, die man immer wieder als Ursachen des Nichtstillens ins Treffen führt, wenigstens bei uns nicht die Rede sein könne.

Magdeburg schien eine Ausnahmestellung unter den Großstädten einzunehmen. Allerdings war schwer damit unsere abnorm hohe Säuglingssterblichkeit in Einklang zu bringen. Keller glaubte diese Dissonanz im wesentlichen auf eine falsche Technik des Stillens, und zwar speziell auf die übermäßig große Zahl der Mahlzeiten, dann aber auch ganz besonders auf die allzu frühzeitige und unzweckmäßige Zufütterung zurückführen zu müssen. Keller befragte 1000 hiesige Mütter und erfuhr, daß fast ausnahmslos nach dem zweistündigen Modus ernährt wurde; auch hier handelte es sich im wesentlichen um Frauen der unteren Volksschichten. Ich mußte damals nach meinen hiesigen, über 18 Jahre sich erstreckenden Erfahrungen Keller widersprechen. Ich hatte stets darauf gehalten, daß der normale Säugling mit fünf oder sechs Mahlzeiten, die auf die Zeit von morgens 6 bis abends 10—11 Uhr sachgemäß zu verteilen sind, auszukommen habe und daß nur schwächliche Kinder einer häufigeren Ernährung, etwa sieben bis acht Mahlzeiten, bedürften. In der sieben- bis achtstündigen nächtlichen Pause bedarf der gesunde Säugling keiner Nahrung und es ist lediglich Sache der Erziehung, daß er hier Ruhe hält. Auch den Mitgliedern der Medizinischen Gesellschaft, in der eine längere Diskussion über das Thema damals stattfand, war nichts von den so häufigen von Keller gerügten Mahlzeiten bekannt und nur eine Stimme erhob sich, die eine nächtliche Mahlzeit unter Umständen für unumgänglich hielt. Selbstverständlich war und ist hier stets nur von gesunden Kindern die Rede. Nachträglich muß ich Keller bis zu einem gewissen Grade recht geben, doch hat sich die Sitte der häufigen Mahlzeiten bei uns erst in den letzten Jahren, und zwar allem Anscheine nach durch das Merkblatt des Vaterländischen Frauenvereins eingebürgert. Dieses Merkblatt wird bekanntlich von den Standesämtern verteilt und sagt: „Ein gesundes Kind braucht nachts höchstens einmal, tagsüber alle zwei Stunden, später alle drei Stunden die Brust.“ Das Merkblatt enthält, nebenbei gesagt, auch sonst noch Ratschläge und Vorschriften, die in ärztlichen Kreisen keineswegs allgemeinen Beifall gefunden haben und bedarf dringend einer baldigen Revision. In der jetzigen Fassung ist die Ernährung an der Mutterbrust viel zu kurz, die künstliche aber zu ausführlich behandelt. Der Rat zu so häufigen Mahlzeiten kann das Stillen den Müttern geradezu zur Last machen und die ganze Propaganda für das Stillen lähmen. Das Merkblatt soll nach einzelnen Bemerkungen in den Statistiken Gutes gewirkt haben; es kann aber in besserer Fassung zweifellos vielmehr zur Wiedereinbürge-

rung und Verbreitung des Stillens um und so dürfte es sich empfehlen, daß von seiten unserer Regierung eine Kommission zur Revision respektive Neufassung des Merkblattes eingesetzt wird und daß für die regelmäßige Abgabe des revidierten durch die Standesämter entsprechende Vorschriften erlassen werden.

Ob die häufigen Mahlzeiten, abgesehen von der Last, die sie der Mutter machen, an sich den von Keller vermuteten Schaden stiften, steht dahin: Budin, den wir den Vater der modernen Säuglingsfürsorge nennen dürfen, war bekanntlich für die häufigen Mahlzeiten und sah keinen Schaden davon. Zur Erklärung des auffälligen Gegensatzes zwischen der hohen Zahl der Gestillten und der sterbenden Säuglinge schien mir dieser Punkt von geringer Bedeutung. Wohl aber mußte ich Keller bezüglich der auch in anderen Punkten hier, wie anderwärts, mangelhaften Stilltechnik und vor allem bezüglich der frühzeitigen Zufütterung und des allzu frühen und allzu häufigen, oft ganz unmotivierten Entwöhnens nach meinen Erfahrungen voll und ganz zustimmen. Auch hier aber mangelte es an exakten Zahlen, die zum Beweise hätten herangezogen werden können. Ich suchte mir zunächst dadurch zu helfen, daß ich bei meiner ausschließlich weiblichen Klientel, die allerdings nicht allein unserer Stadt, sondern so ziemlich unserem ganzen Regierungsbezirk entstammt, nachfragte. Ich fand, daß von 1000 Kindern 570 gestillt und 430 überhaupt nicht gestillt worden waren. Von den 570 wurden 56 nur kurze Zeit, d. h. höchstens bis drei Monate gestillt, über drei Monate also nur 51·4%. Nebenbei bemerkt fanden sich unter den Müttern der 430 Nichtgestillten 11 auffallend robuste Personen mit guten Brüsten und in günstigen Verhältnissen lebend, die auch nicht den geringsten Grund für die Versäumnis ihrer allerersten Pflicht anführen konnten. Das Material entstammte vorwiegend den sogenannten besseren Ständen und stand in dieser Beziehung also in direktem Gegensatze zu demjenigen Kellers; so konnte keines von beiden allgemeine Gültigkeit beanspruchen. Immerhin schien so viel schon klar zu sein, daß die hohe Zahl der Gestillten schon im ersten Quartal rapid abnimmt und nach den beiden Statistiken von 76·5% auf 51·4% sinkt. Es ist der letztere ein Prozentsatz, den man bislang nach einer Reihe von Statistiken aus Großstädten ungefähr als die Ziffer der überhaupt Gestillten betrachtete. Magdeburg schien sich also doch nicht jener Ausnahmestellung rühmen zu dürfen. Aber es handelte sich bei dem zweiten Material schon nicht mehr um unsere Stadt, sondern auch um das umgebende Land, und da anscheinend hier die gleiche Not, wie in jener herrschte, so erschien es uns Pflicht, den Versuch zu machen, durch statistische Erhebungen, die in liberalster und dankenswertester Weise der Herr Regierungspräsident für 1906 und 1907 anordnete, einen Einblick in die Gesamtlage unseres Regierungsbezirkes zu gewinnen und durch ihn Mittel und Wege zu finden, der großen Säuglingssterblichkeit in Stadt und Land nach

Möglichkeit zu steuern. Zu Helfern wurden uns die Kreisärzte und die Hebammen unseres Bezirkes, deren Mühewaltung wir die beiden großen Statistiken verdanken. Die für das Jahr 1906 geführte Statistik mußte äußerer Umstände wegen darauf beschränkt werden, die Frequenz des Stillens überhaupt und die Hauptgründe des Nichtstillens festzustellen, während in der für 1907 auch besonders die Dauer des Stillens berücksichtigt werden konnte. Allerdings ist der gewählte Zeitabschnitt, $^{3}/_{4}$ Jahr, kein besonders langer und er soll auch nicht im entferntesten als eine annähernd genügende Stillzeit betrachtet werden. Aber Nachfragen über $^{3}/_{4}$ Jahr hinaus schienen uns damals, zumal bei der fluktuierenden Bevölkerung der Städte, kaum mit einiger Sicherheit durchführbar und dann läßt eine vierteljährige Stillzeit mit ziemlicher Sicherheit auf die Möglichkeit einer weit längeren schließen; das aber kam für unsere Zwecke besonders in Betracht. Es lag nahe, in einer besonderen Rubrik auch der Häufigkeit des Zufütterns nachzuforschen; aber so wünschenswert es uns auch schien, gerade über diesen so wichtigen Punkt Auskunft zu erhalten, so mußten wir uns doch sagen, daß hier willkürlichen, um nicht zu sagen unwahren Angaben der Stillenden Tor und Tür geöffnet seien, die unmöglich durch die Hebammen kontrolliert respektive richtiggestellt werden könnten. Man hat den letzteren sogar des öfteren vorgeworfen, daß sie von den Kindernährmittelfabriken für eine möglichst umfangreiche Verwendung ihrer Präparate interessiert würden. Uns ist kein bestimmter Fall zur Kognition gekommen und zur Ehre unseres Hebammenstandes wollen wir annehmen, daß er derartigen Praktiken fernsteht.

Man hat hin und her gestritten, ob überhaupt und in welcher Weise der Hebammenstand im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit Verwendung finden könne; man hat ihn des öfteren auch für ungeeignet gehalten, zuverlässiges statistisches Material zu sammeln. Wir glauben, daß ihm eine sehr gewichtige Rolle auf dem fraglichen Gebiete, in erster Linie aber in der Propaganda des Stillens zukommt, ja, wir wüßten gar nicht, wie man auf dem Lande ohne seine Hilfe auskommen könnte, und wir meinen, daß der unsrige auch seine Brauchbarkeit für Statistiken erwiesen hat. Wir sind selbstverständlich weit davon entfernt, jede der vielen Zahlen als absolut zutreffend zu erachten, aber die Hauptziffern beider Jahre harmonieren doch in einem Maße, daß wir nicht anstehen, ihnen eine allgemeine Geltung wenigstens für unseren Bezirk zuzubilligen. Es wird schwer halten, auf eine andere Weise einen besseren Einblick in diese Verhältnisse zu gewinnen. Die Volkszählung zur Feststellung der Häufigkeit des Stillens zu benutzen, wie vorgeschlagen wurde, wird als zu umständlich und unsicher kaum Beifall finden. Will man die Impftermine benutzen, so ist zu bedenken, daß die große Zahl der bereits verstorbenen Säuglinge unberücksichtigt bleibt, unter denen die nichtgestillten sicherlich die Mehrzahl bilden werden. Uns erscheinen die Hebammentagebücher bei weitem als das beste

Mittel, *Aufklärung über die Frequenz des Stillens und auch über die Ursachen des Nichtstillens* zu erhalten, zumal wenn unsere Hebammen in Zukunft mehr, als es bislang geschah, für die Frage interessiert und auch vorgebildet werden. *Das Hebammentagebuch bedürfte nur einer Ergänzung durch die Frage nach der Dauer des Stillens.* Daß eine Kontrolle bis zu einem Vierteljahre ohne weiteres möglich ist, beweist unsere Statistik pro 1907. Man hat daran oft gezweifelt mit der Behauptung, die Hebamme kontrolliere Mutter und Kind doch nur während der kurzen Zeit des Wochenbettes, was nachher geschehe, bleibe ihr unbekannt. Wer inmitten der Praxis steht, weiß, daß die tüchtige Hebamme auch heute noch meist auf lange Zeit die Beraterin der Frauen bleibt, denen sie in schwerer Stunde beigestanden hat, und daß sie kaum irgendwo abgewiesen wird, wenn sie sich auch noch nach Monaten nach dem Ergehen ihrer Schützlinge erkundigt. In der Großstadt wird eine solche Kontrolle naturgemäß schwieriger sein, als auf dem Dorfe; je kleiner der Bezirk, je seßhafter die Bevölkerung, desto leichter die Übersicht. Diese dauernde Kontrolle würde der Hebamme aber zweifellos lästig werden, weil sie ihr, zumal der vielbeschäftigten, ein nicht geringes Maß von Arbeit und Zeitverlust zumutet. *Würde man höheren Orts auf unseren Vorschlag, den Hebammen eine erweiterte Kontrolle aufzutragen, deren Resultat im Tagebuch exakt einzutragen wäre, eingehen, so würden wir es für recht und billig halten, daß ihnen als Äquivalent dafür eine nach der Arbeitsleistung abgestufte Remuneration gewährt würde.* Diese Art Belohnung für gesetzlich bislang den Hebammen nicht gebotene Arbeit erscheint uns würdiger, gerechter und auch praktischer als *Prämien*, die man verschiedentlich schon vorgeschlagen hat für solche Hebammen, die eine besonders hohe Zahl Stillender unter den von ihnen Entbundenen erzielen. Hier könnte es leicht kommen, daß eine Hebamme, die fast ausschließlich unter den unteren Volksschichten tätig ist, wo viele Frauen sozialer Verhältnisse wegen nicht stillen können, trotz besten Willen und Streben leer ausginge und neidisch ihre Kollegin, die sich in den besseren Schichten vielleicht weniger müht, ihre Prämien einstreichen sähe. Abgesehen aber hiervon, halten wir, insbesondere aus rein praktischen Gründen, die *Prämiierung der Hebammen für undurchführbar*; man stelle sich allein nur die Schwierigkeiten einer exakten Kontrolle der zur Prämiierung angegebenen Zahlen vor und bedenke, daß schlechte Elemente unter Umständen geradezu zu falschen Angaben verleitet werden könnten; es könnte ein Prämienwettlauf übelster Art daraus werden. Dahingegen würde eine gerechte Bezahlung der von den Hebammen durch die erweiterte, mit keinen besonderen persönlichen Vorteilen verbundene Kontrolle geleisteten Arbeit in einfachster Weise durchführbar sein und, wie uns scheint, auch keine außergewöhnlich hohen Summen erfordern. Setzen wir z. B. für unseren Regierungsbezirk die Durchschnittszahl der Lebendgeborenen nach den Jahren 1906 und 1907 mit 33000 pro Jahr ein.

nehmen wir ferner an, daß von diesen 20.000 etwa ein Quartal oder länger gestillt und kontrolliert würden (nach der Statistik des Jahres 1907 sind es 19.838 gewesen), bestimmen wir zuletzt, daß pro 10 durch vier Monate Kontrollierte ein Einheitssatz von 3 Mark, für 10 durch neun Monate Kontrollierte ein Satz von 5 Mark ausgezahlt wird, so würden im Geringsten 6000 Mark, im Höchsten 10.000 Mark pro Jahr von dem gesamten Regierungsbezirk aufzubringen sein. Aus der Statistik pro 1907 ist ersichtlich, daß es 32 Hebammen gab, die unter 10 Entbindungen in diesem Jahre hatten; sie bei der Remuneration ganz leer ausgehen zu lassen, erscheint uns hart, um so mehr, als diese zu den Verbrauchten oder in ganz kleinen Bezirken Lebenden, also voraussichtlich zu den Bedürftigsten gehören dürften; ein Einheitssatz von 2 Mark für viermonatliche, 3 Mark für neunmonatliche Kontrolle kann für diese genügen. Es gibt ebenda 69 Hebammen, die über 10, aber unter 20 Entbindungen hatten; mag man ihnen 4 Mark unter 15, 5 Mark über 15, bei viermonatlicher und 8 Mark respektive 10 Mark bei neunmonatlicher Kontrolle zubilligen. Der Satz von 1 Mark unter der Hälfte, 2 Mark über der Hälfte der angebrochenen Dekade kann für alle übrigen Differenzen Anwendung finden. Selbstverständlich sollen diese Zahlen nur Paradigmata, nicht unabänderlich sein. Durch derartige Differenzierungen würden sich die angenommenen Summen von 6000 Mark respektive 10.000 Mark pro Jahr, die in unserem Regierungsbezirke für Hebammenremunerationen aufzubringen wären, voraussichtlich um ein weniges erhöhen, jedenfalls aber würden auch so keine unerschwinglichen Summen in Betracht kommen und trotzdem viel für die Propaganda des Stillens geschehen. Und gerade auch diejenigen Hebammen, die in den weniger bemittelten Volksschichten hauptsächlich tätig sind, würden einen sehr fühlbaren pekuniären Ausgleich gegenüber den in der vornehmen Praxis tätigen auf diese Weise finden. Gab es doch nicht weniger als 48 Hebammen in unserem Bezirk, die über 100 Entbindungen im Jahre 1907 zu erledigen hatten; sie finden sich ausschließlich in den Städten und Industriedörfern und es ist vorauszusetzen, daß ihre Massenarbeit nicht allzu hoch honoriert wurde. Nehmen wir 12.000 Mark als durchschnittlich im Höchstfalle pro Jahr vom ganzen Regierungsbezirke für Hebammenremunerationen zu leistende Summe an, so würden wenig mehr als 700 Mark auf jeden unserer 17 Kreise fallen; da aber pro Dekade der Kontrollierten gezahlt werden soll, so wird für die weniger bevölkerten und wohl auch ärmeren Kreise eine noch erheblich geringere Summe herauskommen, jedenfalls nur eine Summe, die ein jeder der 17 Kreise ohne Beschwer aufbringen könnte. Wenn man bedenkt, welche Summen heutzutage unsere großen Städte, neuerlich auch unsere Hauptstadt Magdeburg, für die Säuglingsfürsorge opfern, so erscheint es als Pflicht unserer übrigen Kreise, nach Vermögen hier nachzueifern. Fände unser Plan Verwirklichung, so würden unseres Erachtens die Hebammen nicht nur weit mehr als bisher für die Stillpropaganda als Helferinnen mit ins Feld gegen den Würgengel der Säuglingssterblichkeit ziehen, es würden auch die Kreisärzte durch die erweiterte

Kontrolle weit besser in die Lage kommen, offensichtlichen Schäden abzuhelfen.

Daß solche leicht *abwendbaren Schäden* in unserem Bezirke in nicht geringer Zahl vorhanden sind, zeigen deutlich beide Statistiken, besonders die pro 1907. Gerade die Kreisärzte werden manches aus diesen Zahlen herauslesen, was ihnen neu ist, und wenn ihnen diese Ziffern erst Jahr für Jahr zeigen, wo helfend eingesetzt werden muß und kann, so werden wir in der Besserung unserer Säuglingssterblichkeit raschere Schritte vorwärts tun. *Bislang haben die Besserungsbestrebungen in der Hauptsache nur in den größeren Städten eingesetzt; es liegt aber absolut kein Grund vor, das Elend der Säuglinge auf dem Lande und in den kleinen Städten geringer zu taxieren, und damit erwächst die Pflicht, auch hier mit der Hilfe nunmehr einzusetzen* und sich dabei die Erfahrungen der Großstädte, soweit sie auf die kleineren Verhältnisse des Landes übertragbar erscheinen, nutzbar zu machen. Dahin gehört in erster Linie *der Versuch, durch Stillprämien die Säuglingssterblichkeit einzuschränken*, ein Versuch, der unseres Wissens auf unserem flachen Lande bisher nur vereinzelt und in geringem Umfange, aber stets mit gutem Erfolge unternommen wurde. *Er setzt natürlich voraus, daß eine genügend große, sagen wir die Mehrzahl aller Mütter körperlich imstande ist, das Kind eine genügend lange Zeit ausschließlich zu stillen.* Man hat bisher vielfach angenommen, daß diese Fähigkeit der heutigen Frauenwelt mehr und mehr abhanden komme; man wähnt, die Brüste seien, vielleicht infolge des frühzeitigen Korsettragens, vielleicht auch durch Vererbung mangelhaft entwickelt, die Warzen schlecht ausgebildet, der Körper im ganzen sei schlechter gebaut und infolge unzureichender oder verkehrter Ernährung oder durch den Alkoholgenuß, den frühen Besuch der Tanzböden usw. weniger widerstandsfähig. Ja, es komme durch all diese Umstände, besonders aber durch den Alkohol, wie v. *Bunge* ohne überzeugend zu sein, nachzuweisen versucht hat, zu einer *vererbbaren Stillunfähigkeit*. Alle dahingehenden Behauptungen fußen auf zu geringen Beobachtungsreihen und stehen im Widerspruch zu den Erfahrungen unserer Entbindungsanstalten; hier sind, wie aus den verschiedensten Gegenden unseres Vaterlandes immer wieder bestätigt wird, mindestens 80% bis 90% der Entbundenen zum Stillen durchaus fähig; allerdings entstammen diese Frauen fast ausnahmslos den unteren Volksschichten. Die Beobachtungszeit in diesen Anstalten sei zu kurz, sagen Viele, als daß sie die dauernde und ausreichende Stillfähigkeit beweisen könnte. Das ist bis zu einem gewissen Grade zuzugeben; was diese Frauen aber später untüchtiger zum Stillen macht, ist nicht so sehr ihre ursprünglich mangelhafte Veranlagung, sondern das sind vielmehr die Sorgen des Daseins mit ihren körperlichen und seelischen Schädigungen. Viel eher kommen bezüglich mangelhafter Widerstandsfähigkeit unsere oberen Volksschichten in Frage. Bleichsüchtige und nervöse Mädchen, die allzu-

früh auf Bälle geführt oder geistig zu stark strapaziert werden, gibt es ja leider bei uns genug; daß sie als Mütter später nicht viel taugen werden, ist klar. Aber hier stehen wir doch seit einiger Zeit schon in einer gesunden Reaktion, insofern jetzt mehr und mehr durch Turnen, Sport usw. für die körperliche Ausbildung unserer Jugend geschieht. An sich sind unseres Erachtens auch die Mädchen der oberen Volksschichten körperlich keineswegs minderwertiger wie früher; man will ja im Gegenteile nachgewiesen haben, daß die Durchschnittsgröße des weiblichen Geschlechtes ganz allgemein, also auch in diesen Schichten zunimmt. Den Eindruck erhält man auch ohne weiteres, wenn man unsere 13 bis 14jährigen Mädchen daraufhin ansieht; die schädigenden Wirkungen durch irrationelles Verhalten in der Entwicklungszeit, durch mangelhafte körperliche, übertriebene geistige Tätigkeit machen nur allzu oft aus einer kräftigen frischen Vierzehnjährigen eine schlaffe, blasse, müde Zwanzigjährige. Hier in den oberen Schichten war ja auch besonders das Stillen in den letzten Jahrzehnten mehr und mehr außer Mode gekommen und daran trug nicht so sehr körperliche Unfähigkeit, als das gesellschaftliche Leben Schuld. Auch hierin ist es bereits in den letzten Jahren bei uns ganz wesentlich besser geworden und man trifft immer seltener auf Frauen, die das Stillen von vorherein ablehnen. Auch spricht für die Besserung hier, daß das Ammenwesen allem Anscheine nach stark zurückgeht, wenngleich dies zum Teil auch durch die lebhafte Nachfrage nach weiblichen Arbeitskräften in freieren und angenehmeren Situationen veranlaßt sein dürfte. Die Ammen werden bei uns jetzt schon von weither geholt; in der Statistik pro 1907 finden sich z. B. nur 16 aus unserem Regierungsbezirk, die sich als Ammen verdingten und die Statistik pro 1906 zeigt, daß in ganz Magdeburg nur 11 Kinder durch Ammen gestillt wurden. Mag dem nun sein, wie ihm wolle, so viel steht fest, daß die Säuglingssterblichkeit in den oberen Schichten trotz dieser Mängel lange nicht so hoch ist, wie in den unteren, hauptsächlich deshalb, weil die Vorbedingungen für eine tadellose künstliche Ernährung hier weit bessere sind. Damit soll nicht gesagt sein, daß die Frauen dieser höheren Schichten nun auf Grund dieser Tatsache sich ihrer vornehmsten Pflicht entziehen dürften, sie sollen im Gegenteil ein gutes Beispiel geben. So traurig es ist, wenn so oft die Sorge für den Unterhalt die Mutter zwingt, dem Säugling die natürliche Nahrung zu rauben, viel trauriger noch ist es und in höchstem Grade zu verurteilen, wenn die Scheu vor den kleinen Unbequemlichkeiten, die hier ganz unmotivierte Eitelkeit und der Hang zu geselligen Vergnügungen die Mutter von ihrer Pflicht abhalten. Keineswegs sündigen aber in diesem Punkte die höheren Schichten allein.

In der Statistik pro 1907 finden sich 292 Mütter, die ohne Grund das Stillen ablehnten, und davon stammen nicht weniger als 101 aus den beiden Kreisen Jerichow I und II; es ist ausgeschlossen, daß diese auch nur zum größten Teile den oberen Schichten angehörten. Sieht man näher nach, so findet man, daß 35 von Jerichow I und 27 von Jerichow II aus der Klientel von je 3 Hebammen stammen und daß 27 der ersteren im

industriereichen und speziell weibliche Kräfte viel beschäftigenden *Burg*, die anderen aber auf Dörfern zu Hause sind. Es liegt nahe, im ersteren Fall eher Erwerbsgründe, im letzteren schlechtes Beispiel als Grundursache anzunehmen. Fast könnte es müßig erscheinen, so weit in statistische Einzelheiten einzudringen, wenn es nicht genugsam bekannt wäre, daß hier *Unsitten und schlechte Gewohnheiten oft in irgend einem beliebigen Dorfe durch Generationen forterben, ja, daß oft regionär genau abgegrenzte Gegenden von solchen Übeln gleichsam durchseucht sind.* Und gerade ein solches Beispiel kann zeigen, *wie wichtig es für den Kreisarzt wäre, könnte er alljährlich in diese Dinge hineinsehen.* Daß dieses ganz auffällige Verhalten der beiden Kreise im Jahre 1907 ein rein zufälliges wäre, erscheint wenig wahrscheinlich, denn auch in der Statistik von 1906 findet sich bei beiden eine auffallend große Zahl von Müttern, deren Nichtstillen nicht begründet wird. Selbst das große *Magdeburg* kommt mit 46 solchen Müttern ihnen nicht gleich und unter den übrigen Kreisen sind es nur zwei, *Quedlinburg* und *Stendal*, die größere Zahlen, 29 und 27, aufweisen. Von den 27 des letzteren Kreises gehören 10 allein in das industrielose Dorf *Badingen* zur Klientel der einzigen dortigen Hebamme, die im ganzen Jahre überhaupt nur 60 Entbindungen hatte, und von den 29 im Kreise *Quedlinburg* 15 in die Klientel der Hebamme des Dorfes Pr. *Börnecke* mit 78 Entbindungen. Den betreffenden Hebammen soll damit noch gar nicht einmal der Vorwurf gemacht werden, daß sie zu wenig energisch ihre Klientel zum Stillen angehalten hätten. Gegen die Dummheit kämpfen bekanntlich auch Götter vergebens und wir wollen annehmen, daß es Dummheit war, die jene Mütter zur grundlosen Ablehnung des Stillens bewog; klare Einsicht in solche Verhältnisse gewinnen, kann nur der Eingeweihte und das scheint uns in solchen Fällen am ehesten der Kreisarzt zu sein, der auch am ehesten einer etwaigen Energielosigkeit der Hebamme abhelfen könnte.

Verlassen wir diese *scheinbare* Kleinigkeit, es handelt sich doch immerhin um 292 Nichtstillende, die vielleicht sämtlich hätten stillen können, und wenden wir uns einem *andern abwendbaren Schaden* zu, der vielleicht nicht sogleich als solcher imponiert; er findet sich in den Rubriken 8 und 9 näher charakterisiert. In der Zusammenstellung sind 978 Frauen erwähnt, die *ungeeignete Warzen und Brüste*, und 3182, die *keine genügende Milch* hatten, das sind 4160 = 12·8% aller Entbundenen, die jenen als Beweismaterial dienen könnten, die von der wachsenden Entartung unserer Rasse und speziell von der *zunehmenden Stillunfähigkeit unserer Frauen aus körperlichen Gründen* überzeugt sind; sie würden übrigens eine weitere, aber nicht schätzbare Vermehrung durch den Umstand erhalten, daß eine nicht geringe Zahl Hebammen, und zwar auch solcher, die eine große Zahl Entbindungen erledigten, die Rubrik 8 und 9 nicht ausgefüllt hat. Wir müssen aber diesen Punkt als absolut unklar hier außer acht lassen. Wir

wollen der subjektiven Wahrhaftigkeit der Hebammen in den diesbezüglichen Angaben durchaus vertrauen, das hindert uns nicht, daß wir dem Endresultate mißtrauen, es nicht für objektive Wahrheit halten. Wir wollen beide Rubriken 8 und 9 zusammen betrachten, da sie sich praktisch genommen kaum genügend sicher auseinanderhalten lassen. Allein schon der Umstand, daß die Prozentziffer beider zusammen zwischen 8% und 20·3% in den einzelnen Kreisen schwankt, gibt zu denken. Die beiden Kreise mit der niedrigsten und höchsten Ziffer, Halberstadt Stadt und Wernigerode, sind Nachbarn und weisen den gleichen Volksschlag auf. Kämen körperliche Schwächung und Entartung durch industrielle Beschäftigung der Frauen in Frage, so müßten wir diese viel eher in Halberstadt, als in Wernigerode suchen. Es kann also kaum einem Zweifel unterliegen, daß hier ganz andere Gründe obwalten. Von den beiden beschäftigtsten Hebammen der Stadt Wernigerode mit 107 und 120 Entbindungen meldet die erstere 34, die letztere 66 Unfähige; davon sollen nur 4 ungeeignete Warzen und Brüste und 96 keine genügende Milch gehabt haben. Der ganze Kreis stellte bei 854 Geburten 174 zum Stillen Unfähige und davon lieferten also jene beiden Hebammen allein 100! Es ist zu vermuten, daß diese Hebammen hauptsächlich in der unteren Bevölkerungsschicht tätig waren und daß für die Mütter wohl auch der Zwang zum Erwerb mitsprach. Trotzdem wird man kaum mit der Annahme fehlgehen, daß von diesen 100 Müttern ein guter Teil bei energischem Wollen auf beiden Seiten zum Stillen respektive Weiterstillen sehr wohl fähig gewesen wäre. Auch auf die Massenarbeit der Hebammen ist hier zu achten, die schwer genügend Zeit und guten Willen läßt, Mutter und Kind auf die natürliche Ernährung einzuüben. Das Honorar, das jene Hebammen erhielten, war voraussichtlich gering und so mußte es die Masse bringen; durch unsere Kontrollremunerationen würde auch in dieser Richtung gebessert werden können. Es würde zu weit führen, wollten wir hier noch weitere Exempel für die Tatsache anführen, daß so merkwürdige Beziehungen zwischen der Vielbeschäftigung der Hebammen und der Zahl der Stillunfähigen bestehen; wir erwähnen nur, daß sie in allen Kreisen zu finden sind; wir wollen aber auch nicht verschweigen, daß von einzelnen Hebammen trotz Massenarbeit nur unbedeutende Zahlen Unfähiger registriert werden. Es finden sich auch ganz eigentümliche Gegensätze in derselben Örtlichkeit; so registriert z. B. Nr. 71 Magdeburg 9 Unfähige von 190 Entbundenen, Nr. 78 aber 35 Unfähige von 85 Entbundenen, das sind 5% zu 41%! Ähnlich stehen in Halberstadt Nr. 13 mit 14 Unfähigen bei 19 Entbundenen und Nr. 10 mit 12 Unfähigen unter 140 Entbundenen. Wenn auch eine ganze Reihe Hebammen, darunter auch solche mit großen Geburtenzahlen, die Rubriken 8 und 9 überhaupt nicht ausgefüllt haben, vielleicht weil ihnen dementsprechende Nachforschungen zu unbequem waren, so kann man doch nicht annehmen, daß die für diese Rubriken tatsächlich angegebenen Zahlen zum Teil auf nicht exakten Nachfragen beruhten oder gar ganz willkürliche seien, denen keinerlei Wert beizumessen wäre. Abgesehen von

der Unbequemlichkeit hatten die Hebammen gar kein Interesse, hier unzutreffende Angaben zu machen, namentlich nicht diejenigen, deren Klientel in einem hohen Prozentsatz drei Monate und darüber stillte; und gerade unter diesen finden sich solche, welche die Rubriken 8 und 9 nicht ausgefüllt haben. Wir glauben auch, daß der amtliche Charakter der Statistiken von Angaben wider besseres Wissen abgehalten hat.

Wir müssen uns also mit diesen Gegensätzen irgendwie abzufinden suchen. Bei den grundlos das Stillen absolut ablehnenden Müttern sahen wir schon, daß schlechte Gewohnheiten stark mitsprechen müssen; das gleiche müssen wir bei den Unfähigen vermuten. Wenn, wie es nach der Statistik 1907 scheint, in Dörfern, die dem angeblich zerstörenden Einflusse der Industrie fernliegen, ein Drittel, ja die Hälfte der Entbundenen zum Stillen respektive Weiterstillen körperlich unfähig gewesen sein soll, so würde es allerdings um unsere Rasse schlecht stehen. Wir heben aus der Menge nur die folgenden merkwürdigen Beispiele hervor. In Kakerbeck waren von 58 Entbundenen 21 unfähig, in Kaltendorf von 49:17, in Rätzlingen von 69:31, in Wegenstedt von 39:12, in Dardesheim von 38:20, in Deresheim von 21:10, in Heudeber von 35:14, in Sargstedt von 31:14, in Menz von 28:16 (!), in Pretzien von 51:23, in Wellin von 40:18, in Zollchow von 31:12, in Gr.-Bottmersleben von 20:9, in Dedeleben von 43:11, in Schlanstedt von 25:10, in Schwanebeck von 38:11, in Groß-Ballerstedt von 48:20, in Hindenburg von 39:14, in Neukirchen von 44:19, in Späningen von 28:15 (!), in Friedrichsbrunn von 17:10 (!), in Neinstedt von 97:49, in Beetzendorf von 44:20, in Gr.-Apenburg von 45:15, in Zethlingen von 35:12, in Birkholz von 34:17, in Gr. Möhringen von 32:10, in Dreileben von 27:15 (!), in Irxleben von 39:14, in Kehnert von 53:27. In allen 17 Kreisen finden wir Dörfer mit solch hohen Prozentsätzen Unfähiger und oft dicht daneben Dörfer, die durch sehr günstige Zahlen Stillender im direktesten Gegensatze dazu stehen. Bei einer sehr geringen Zahl Entbundener kann ja der Zufall einmal eine hohe Zahl Unfähiger liefern, wir glauben aber nicht, daß z. B. in Menz oder in Späningen oder in Dreileben der Zufall in solchem Grade gewaltet hat, daß über 53 % unfähig waren. Selbst für Friedrichsbrunn (17:10) scheint es uns unwahrscheinlich. Wie aber sollen wir uns diese ganz auffälligen Zahlen erklären, wenn anders wir den Angaben der betreffenden Hebammen Glauben schenken wollen? Hier sprechen, wie uns dünkt, zwei Ursachen ein gewichtiges Wort: das mangelhafte Pflichtbewußtsein der Mütter und die mangelhafte Übung dieser Hebammen, den Müttern das Stillen beizubringen. Es kann gar keinem Zweifel unterliegen, daß die Ausbildung unserer Hebammen in dem letzteren Punkte ein starkes Manko aufweist, das unter allen Umständen ausgeglichen werden muß und auch sehr wohl ausgeglichen werden kann. In der Ausbildung der Hebammen ist bislang viel

zu wenig Gewicht darauf gelegt worden, schon allein aus dem Grunde, weil die Ausbildungszeit zur Erlernung des vorgeschriebenen Pensums reichlich kurz bemessen ist, wenn wir ein mittleres Maß von Vorbildung und Auffassungsvermögen für die Gesamtzahl der Hebammenschülerinnen voraussetzen. Dazu kommt, daß die Schülerin die Wöchnerinnen bis auf wenige Ausnahmen nur 10—12 Tage beobachtet und daß naturgemäß auch in den Repetitionskursen auf Spätwochenbett und Stillzeit wenig Gewicht gelegt worden ist. Wer hätte denn auch vor einem Jahrzehnt geahnt, daß uns in Deutschland diese große Not der Säuglinge in Bälde soviel Kopfzerbrechen verursachen würde! Wie pochte man bei uns auf den hohen Geburtenüberschuß! Wie billig war es zu sagen, das, was an Säuglingen vorzeitig zugrunde geht, muß nach dem Selektionsgesetz zugrunde gehen, es verdient, vorzeitig zu sterben, weil es von Anbeginn an wurmstichig war, denn nur die körperlich Kräftigen ringen sich erfahrungsgemäß durch. Und doch hat das Darwinsche Gesetz der natürlichen Auswahl der Tüchtigen nirgends so wenig Geltung, wie bei den Säuglingen. Ob kräftig, ob schwach, erliegt das Kind dem Würgengel der Magen-Darmkrankheiten, deren Ursache fast ausschließlich die unnatürliche Ernährung, d. h. die künstliche ist. Ein an der Mutterbrust ausschließlich ernährtes Kind ist gefeit gegen diese Krankheiten und die mit ihnen verbundenen hohen Gefahren und selbst ein Kind, das nur einige Male, aber regelmäßig diese natürliche Nahrung erhält, sei es, weil die Mutter tatsächlich nicht mehr Nahrung hat oder weil sie des Erwerbes wegen am regelmäßigen Stillen verhindert ist, erfreut sich eines weit größeren Schutzes gegen jene Gefahren und gedeiht besser, als ein rein künstlich ernährtes. Früher war man der Meinung und man trifft auch heute noch oft in Ärzte- und Hebammenkreisen auf sie, daß, wenn doch einmal nicht ausschließlich die Mutterbrust genügende Nahrung böte, es schon besser sei, gleich ganz zur künstlichen Ernährung überzugehen. Das ist im allgemeinen grundfalsch und nie sollte man das, was an natürlicher Nahrung vorhanden ist, ohne Not dem Kinde entziehen.

Treten wir nun der Frage näher, wie diesen beiden, ganz zweifellos häufigen Übelständen abzuhelfen sei, so glauben wir, daß das ohne große Mühe und Kosten bei dem zweiten, der mangelhaften Erfahrung vieler Hebammen in der Stilltechnik, bei uns gelingen möchte. Nach Aufhebung der Hebammenlehranstalt zu Wittenberg werden die Hebammen unseres Regierungsbezirkes fast ausnahmslos in der Hebammenlehranstalt zu Magdeburg ausgebildet. Naturgemäß verfügt auch diese Anstalt in der Regel über keine Spätwöchnerinnen und das Material des hiesigen Säuglingsheims dürfte zu geringfügig und auch schwer als Unterrichtsmaterial ausnutzbar sein. Wohl aber kann es kaum einem Zweifel unterliegen, daß der Besuch der Beratungs-

stunden des städtischen Kinderarztes und seiner Abteilung in der Krankenanstalt Altstadt für die Hebammenschülerinnen von ganz außerordentlichem Werte sein würde. Wir wissen sehr wohl, daß wir mit einem dahinzielenden Vorschlage uns in Gegensatz zu den Ansichten vieler Gynäkologen und Hebammenlehrer setzen, die das Eindringen der Pädiater, speziell der Säuglingsärzte, in das Hebammenausbildungswesen teils für überflüssig, teils für schädlich halten. Wenn aber anerkannt werden muß, daß die Hebammen vielfach die notwendige Ausbildung in ihren Anstalten nicht erhalten und nach der jetzigen Art derselben auch kaum erhalten können, wenn man weiter zugeben muß, daß der moderne Kinderarzt in diesen Dingen im allgemeinen besser beschlagen ist, als der Geburtshelfer, so sollte man auch die Konsequenzen ziehen und da, wo am Orte der Hebammenlehranstalt zugleich ein Kinderarzt mit genügendem Material und modernen Einrichtungen zur Verfügung steht, diese günstige Gelegenheit ausnutzen und nicht erst lange Überlegungen darüber anstellen, ob es, um dem nicht zu leugnenden Übelstande abzuhelfen, geboten sei, an die Hebammenlehranstalten Säuglingsheime anzukristallisieren, wie ja vielfach vorgeschlagen worden ist. Für unseren Regierungsbezirk scheint uns jedenfalls diese Sache sehr einfach zu liegen und an der Bereitwilligkeit unseres städtischen Kinderarztes, sowohl in der ersten Ausbildung wie in den späteren Repetitionskursen der Hebammen in der gedachten Richtung mitzuhelfen, zweifeln wir keinen Augenblick. Auf die Details wollen wir uns hier nicht einlassen; die sind, kommt unser Vorschlag zur Verwirklichung, später leicht zu vereinbaren; auch trotz der knappen Ausbildungszeit, die hoffentlich bald verlängert wird, dürfte sich die nötige Zeit schon finden lassen.

Dem ersteren Übel aber, der Trägheit, Faulheit, Gewissenlosigkeit, Genußsucht usw. der Mütter, würde unseres Erachtens durch die Besserung des zweiten schon wesentlich abgeholfen werden, denn gar oft ist es nicht so sehr böser Wille, als vielmehr Unkenntnis, oder von der Mutter, oder den Tanten und Bekannten gewecktes und genährtes Vorurteil, was so viele junge Mütter von ihrer Pflicht abhält. Steht nun solchen Unerfahrenen eine tüchtige Hebamme zur Seite, welche die ganze Technik des Stillens beherrscht, über die natürlichen Begleiterscheinungen der Stillzeit und über den Wert, respektive Unwert der künstlichen Ernährung und der zahllosen Kindernährmittelpräparate genügend unterrichtet ist und auch moralisch anfeuernd einzuwirken versteht, so werden solch hohe Summen von angeblich Unfähigen in künftigen Statistiken wohl verschwinden, zum Heile der betreffenden Familien, denn die Ernährung an der Mutterbrust ist nicht nur die beste, sondern auch die billigste, zum Heile auch unseres Vaterlandes, denn die künstlich Genährten stehen erwiesenermaßen an Leistungsfähigkeit nach jeder Richtung im späteren Leben den natürlich Genährten nach. Geben aber erst einmal einige Tonangebende im Dorfe ein gutes Beispiel, so folgen auch andere nach und das Stillen wird wieder Mode. Hier muß

vor allen Dingen auch der Einfluß der Hausärzte aufklärend und anfeuernd einsetzen. Beratungsstunden lassen sich auf dem flachen Lande natürlich nicht einrichten, wohl aber können ärztliche Vorträge je im Mittelpunkte eines bestimmten Bezirkes alljährlich, und zwar zu einer Zeit, wo die Arbeit weniger drängt, also vorzugsweise im Winter und an Sonntagnachmittagen, gehalten werden, die auch die Hebammen, wenn sie abkömmlich sind, besuchen sollten und die neben einem allgemeinen, aufklärenden Teile auch Zeit und Gelegenheit bieten müßten, auf gestellte Fragen Antwort zu geben. Noblesse oblige! Wenn erst die Gutsherrin wieder stillt oder wenn sie beim Einrichten derartiger Vorträge ihren Einfluß geltend macht, wird Gutes daraus entspringen, nicht nur für die Säuglinge, sondern auch zur Überbrückung der sozialen Kluft. Der *vaterländische Frauenverein* hat schon viel Gutes in der Säuglingsfürsorge gewirkt, er wird das draußen auf dem Lande durch seine vielen dort sitzenden Mitglieder in noch weit höherem Maße tun, wenn erst ganz allgemein hier rationelle, d. h. auf der Kenntnis der Schäden basierende Fürsorge getrieben wird. Das gleiche dürfte für den Verein *Frauenhilfe* Geltung haben, der ja besonders seine noch frischen Kräfte auf dem Lande betätigen will und durch seinen intimeren Zusammenhang mit der Geistlichkeit auch gerade für unsere Zwecke wertvolle Dienste zu leisten geeignet erscheint.

Viele und vieles müssen hier zur Wirkung kommen, um Bequemlichkeit und Vorurteil ein Paroli zu bieten und einer geradezu moralischen Seuche zu steuern. Was alles von der Entartung unserer Rasse, von der zunehmenden, ja vererbbaren Stillunfähigkeit unserer Frauen, von den verheerenden Wirkungen des Alkohols usw. geredet und geschrieben wird, ist in der Hauptsache teils unwahr, teils übertrieben, ist vielfach eitel Dunst. Weder die sogenannte Bleichsucht, noch der scheinbar schwächliche Körperbau, noch die Hohlwarzen und was noch alles angeführt wird, ja nicht einmal ohne weiteres die Tuberkulose der Mutter geben Grund, das Stillen von vornherein zu unterlassen. Eine Menge anscheinend schwächlicher Frauen blühen geradezu während des Stillens auf und nichts ist verkehrter, als *der vielverbreitete Wahn, das Stillen nehme dem Körper der Mutter die besten Säfte, mache sie unschön und vor der Zeit altern.* Wenn man allerdings, wie das häufig noch geschieht, mit unglaublichen Flüssigkeitsmengen, Mehlbreien usw. so ein junges Weib zur Kugelform aufschwemmt, so ist das gewiß unschön und dem Säugling ist damit noch nicht einmal gedient, er bekommt deshalb keine bessere Milch. Die junge Mutter soll vom ersten Wochenbettage an kräftig ernährt werden, nur blähende Dinge und den Alkohol in größeren Mengen soll sie meiden, im übrigen aber im wesentlichen so leben, wie sie es auch sonst gewohnt war. Wir brauchen keine so großen Summen mehr für Milchküchen und Säuglingsheime und künstliche Nährmittel auszugeben, wenn wir erst wieder zu natürlichen Grundsätzen in der Wochenbetts- und Säuglingshygiene zurückgekehrt sind. Noch wandeln Matronen unter uns aus der Zeit, wo jede Mutter es für Pflicht

hielt, ihr Kind zu stillen und wo so gut wie jede es bei energischem Wollen konnte. Daran aber fehlt es heute unendlich häufig und ebenso häufig wird auch bestes Wollen von vornherein durch die vorurteilsvolle Umgebung lahmgelegt. Seelische Einflüsse sprechen aber ungemein häufig auch beim Stillen ein gewichtiges Wort und ein gutes Selbstvertrauen der jungen Mutter hilft oft spielend über Schwierigkeiten hinweg, an denen die Ängstliche und von der Umgebung Verschüchterte scheitert. Die bei unseren Frauen nicht allzu seltenen Mißbildungen oder besser gesagt Verbildungen der Warzen sind nicht so sehr Entartungserscheinungen unserer Rasse, als vielmehr Kunstprodukte durch allzu frühes Einschnüren der Brust durch Korset, Mieder usw. hervorgerufen. Bei Naturvölkern gibt es keine Hohlwarzen und der beste Beweis, daß diese Hohlwarzen auch bei unseren Frauen im wesentlichen Kunstprodukte sind, ist, daß oft diese scheinbar entarteten Warzen sich leicht mittels geeigneter Instrumente und Manipulationen zu recht großen und gut entwickelten herausziehen lassen. Ein Gleiches gilt bezüglich der angeblich schlecht entwickelten flachen Brüste, die so oft von vornherein für unfähig erklärt werden. Hier sprechen nicht selten Rasseeigentümlichkeiten mit, wie wir sie ja auch im Tierreiche finden; der Hündin sieht man auch nicht ohne weiteres an, zu welchem Umfange ihr Gesäuge sich im Notfall entwickeln kann. Auch individuelle Verschiedenheiten walten hier ob und oft entwickelt sich eine kleine und dürftige Mamma zu einem besseren Stillungsorgan, als die primär üppigste und größte Brust. Nie darf deshalb von vornherein gesagt werden, Brüste und Warzen sind mangelhaft und es lohnt nicht, mit dem Stillen auch nur anzufangen; tatsächlich kommt eben alles auf einen energischen Versuch an. Allerdings müssen die scheinbar untauglichen Brüste und Warzen schon in der Schwangerschaft vorbereitet werden; auseinanderzusetzen, wie das zu geschehen hat, würde hier zu weit führen. Diese mißbildeten oder vielmehr verbildeten Organe werden aber um so rascher verschwinden, je eher wir der heranwachsenden weiblichen Jugend alles den Brustkasten Beengende fernhalten; weg also mit Korset und Mieder bis zum 18. und 20. Lebensjahre! Auch hier ist unsere modernste Jugend schon auf gutem Wege und scheinbar ist das Korset auf dem Dorfe jetzt verbreiteter, als in den höheren Schichten der Großstadt. Wir hoffen fest, daß die Zeit wieder kommen wird, wo man nichts mehr von der Stillunfähigkeit unserer deutschen Frauen reden, schreiben und glauben wird. Das Elend ist in wenigen Dezennien über uns gekommen, es kann bei gutem Willen aller Beteiligten in ebenso kurzer Zeit wieder völlig schwinden.

Es wird, so hoffen wir, auch da wieder schwinden, wo die Macht unserer sozialen Verhältnisse im Augenblick scheinbar unüberwindliche Schwierigkeiten aufbaut. In der Rubrik 10 der Statistik 1907 finden wir, daß 1465 Mütter = 8,5% des Berufes oder der Arbeit wegen das Stillen überhaupt unterlassen oder vor drei Monaten aufgeben mußten. Die Statistik 1906 läßt sich nicht absolut, sondern nur

für einzelne Kreise als Vergleichsobjekt benutzen. Da wir aber annehmen, daß bei der ersten, den Hebammen noch ungewohnten Recherche ungenauere Resultate herausspringen, so verzichten wir auf Vergleiche beider Jahre in dem fraglichen Punkte und halten uns allein an das Ergebnis des Jahres 1907. Wir sehen da zunächst, daß *die Höchstziffern derjenigen Mütter, die der Arbeit wegen vom Stillen respektive Weiterstillen abgehalten werden*, in den folgenden Kreisen zu finden sind: *Calbe* S. 128, Jerichow I 244, *Magdeburg* 228, *Wanzleben* 104. Weder hier noch auch sonst war die Verbreitung dieser Mütter eine gleichmäßige, sondern durchaus abhängig von der sozialen Lage der Bevölkerung und der größeren Gelegenheit zur Verwertung weiblicher Arbeitskräfte. Das zeigt sich sofort, wenn wir in die Details zu dringen suchen. Da findet sich dann, daß *Aschersleben* 60, *Aken* 18, *Atzendorf* 16 (!), *Staßfurth* 18, *Schoenebeck* 28, *Kakerbeck* 9, *Halberstadt* Stadt 39, *Wehrstedt* 10, *Burg* 167 (!), *Loburg* 17, *Gröningen* 27, *Oschersleben* 32, *Wegeleben* 8 (von 31 Entbundenen), *Meseberg* 14 (von 42 Entbundenen), *Osterburg* 12, *Schadeleben* 9 (von 35 Entbundenen), *Salzwedel* 16, *Tangerhütte* 20 solcher Mütter aufzuweisen haben, die der Arbeit wegen nicht stillten. Auf die Details der 228 *Magdeburger Mütter* wollen wir hier nicht weiter eingehen, weil wir hoffen, daß es allmählich gelingen wird, diejenigen Betriebe, welche diese Arbeitskräfte verwerten, dahin zu bringen, daß Fürsorge für diese Mütter und ihre Kinder durch Einrichtung von Krippen getroffen werde; an der Propaganda dafür hat es, zumal von ärztlicher Seite, nicht gefehlt. Wir vertrauen der Tatkraft des städtischen Kinderarztes, daß es ihm gelingen wird, diesem Schaden auf die Dauer abzuhelfen, und enthalten uns demgemäß aller Vorschläge. Offengestanden hatten wir in dem industriereichen *Magdeburg*, in dem am meisten weibliche Arbeitskräfte die Chokoladen- und Patronenfabriken, die Spinnereien und Webereien verbrauchen, eine größere Zahl solcher Mütter erwartet, dagegen die hohe Zahl von 167 in dem so viel kleineren *Burg* auch nicht annähernd vermutet, obgleich uns bekannt war, daß weibliche Arbeitskräfte in den dortigen Industrien vielfach Verwendung finden. Indem wir uns mit dem Hervorheben der auffälligsten Zahlen der Rubrik 10 genügen lassen, wenden wir uns der Überlegung zu, wie diesem Schaden abzuhelfen sei. Von vornherein ist auch hier klar, daß, je kleiner der Bezirk, desto leichter der Überblick und desto einfacher die Abhilfe sein muß. Wenn in Dörfern wie *Atzendorf*, *Kakerbeck*, *Wehrstedt*, *Wegeleben*, *Meseberg* oder *Schadeleben* eine so unverhältnismäßig große Zahl der Mütter der Arbeit wegen das Stillen unterlassen muß, so kann es nicht gar so schwer fallen, da die absoluten Zahlen gering sind, hier wirksame Abhilfe zu schaffen, wenn sich Gemeinde-, Guts- und Fabrikverwaltung unter der Initiative und Direktive des Kreisarztes und der Kassenärzte und unter Unterstützung der Hebammen, der Guts- und Fabrikherrinnen und der Geistlichkeit zusammentun zu gemeinsamem, das Wohl der Kleinsten beherzigenden

Streben. Die Summen, die hier in Frage kommen, um einer solchen Mutter das Stillen des Kindes länger, als die gesetzliche Karenzzeit erlaubt, zu ermöglichen, sind keine hohen, oft nur Bagatellen. Da aber, wo eine große Schar Mütter in Betracht kommt, wie z. B. in *Burg*, würden die nötigen Mittel schon nicht leicht aufzubringen sein. Aus diesem Dilemma hilft uns die Möglichkeit, auch hier das Stillen durchzusetzen, wenn man nur für einen passenden Aufenthaltsraum für die Säuglinge und für eine gute Überwachung Sorge trägt; beides ist in jedem Fabrikbetriebe bei einigem guten Willen leicht auszuführen. Die Industrie, welche die billigeren weiblichen Arbeitskräfte vorerst noch nicht entbehren kann, weil sie durch unsere Wohlfahrtsgesetzgebung stärker als das Ausland belastet diesem gegenüber konkurrenzunfähig werden könnte, hat die Pflicht, hier mitzuhelfen, und sie kann das sehr wohl, ohne daß sie sich damit neue schwere Opfer auferlegte. Der Begriff „*Krippe*" ist oft sehr weit gefaßt und es sind Forderungen aufgestellt worden, die allerdings den Industriellen derartige Einrichtungen von vornherein als, gelinde gesagt, unsympathisch erscheinen lassen müßten. Derartige Übertreibungen erleben wir ja leider vielfach bei unserem modernen Wohltun. Zur Krippe eignet sich jeder der Zahl der Säuglinge entsprechend große Raum und zur Überwachung bedarf es keiner Krankenschwester, dazu genügt eine ältere, saubere, in solchen Dingen nicht ganz unbewanderte gewissenhafte Frau, die sich überall für geringes Entgelt finden läßt. Die Mütter stillen vor Beginn der Arbeit und höchstens alle drei Stunden und es genügen 15 Minuten, so daß sie in Wirklichkeit durchschnittlich nur zweimal, gegen 9 Uhr vormittags und 3 Uhr nachmittags ihrer Arbeit auf kurze Dauer entzogen werden. Auch bei Feldarbeit ist das Stillen bei gutem Willen durchführbar; hier hilft der Kinderwagen als Krippe aus, in dem zwei Säuglinge gut unterzubringen sind; die Kinder sind dann immer noch in besserer Hut, als wenn sie zu Hause eingesperrt oder älteren Geschwistern zur Aufsicht überlassen werden. *Um aber den guten Willen in allen diesen Situationen zu stärken, dazu bedarf es eines materiellen Anreizes in Gestalt der Stillprämien, und zwar meinen wir, daß sie stets besser in Geld, als in Naturalien geleistet werden und daß sie in der besonders gefährlichen heißen Jahreszeit etwas höher bemessen sein müssen. Selbstverständlich kommen nur solche Mütter in Betracht, die tatsächlich Lohnarbeit suchen müssen, was bei einem Gesamterwerbe der Familie unter 900 Mark pro Jahr auf dem Lande und in den Kleinstädten, unter 1800 Mark in den großen Städten der Fall sein dürfte.* Nötig ist zunächst, um sofort eine annähernd zutreffende Schätzung der fraglichen Summen machen zu können, daß wir uns über den Begriff „*genügend lange Stillzeit*" und über *die Höhe und Abstufung der Prämien* einigen. Daß es das natürlichste und beste wäre, wenn jedes Kind ein Jahr ausschließlich an der Brust gestillt würde, darüber gibt es keinen Streit, daß man aber für 52 Wochen eine zum Anreiz genügend hohe Prämie dauernd nicht

zahlen könnte, ohne unerträgliche Kosten zu verursachen, kann sich jeder aus den diesbezüglichen Zahlen unserer Statistiken ausrechnen. Ein Kind, das neun Monate gestillt wird, ist sozusagen aus dem Gröbsten heraus und genügend widerstandsfähig, um die künstliche Ernährung zu ertragen. Über den neunten Monat hinaus Stillprämien zu zahlen, ist also nicht nötig, es sei denn, daß das Kind gerade in der heißen Zeit abgewöhnt werden müßte. Das soll selbstverständlich unter allen Umständen vermieden werden und deshalb müssen in dieser Zeit Prämien stets bezahlt werden. In den ersten sechs Wochen Prämien zu zahlen, ist gleichfalls überflüssig; für diese Zeit hilft bereits das Gesetz. Nur in der heißen Jahreszeit wäre es angebracht, auch diesen Müttern sofort die Prämie zu geben. In dieser kritischen Zeit, etwa zweite Hälfte Juni, Juli, August und erste Hälfte September, müßte, um alle Stillenden bei ihrer Pflicht zu halten, die Prämie erhöht werden. Diejenigen Mütter, welche nur teilweise stillen können oder wollen, müssen sich mit einer geringeren Prämie begnügen, denn das „Wollen" und „Können" hier der Wahrheit entsprechend auseinanderzuhalten, geht nicht an; diese Minderung der Prämie mag manchem hart erscheinen, aber sie ist notwendig, wollen wir in der Propaganda des Stillens rasch weiter kommen. Zudem gibt es überall faule Köpfe und so könnte bei Gleichheit der Prämien die Faule und Pflichtvergessene unter Umständen die gleiche Belohnung erzielen, wie die Eifrige und Pflichtbewußte. Eine weitere *Abstufung nach der Dauer des Stillens* würde gewiß vieles für sich haben, aber wir halten sie praktisch für schwer durchführbar, allein schon die Berechnung der auszuzahlenden Gelder würde zu kompliziert werden. Diese unsere Abneigung, nach der Dauer des Stillens Abstufungen zu machen, steht in scheinbarem Widerspruche zu dem bei den Hebammenremunerationen vertretenen Princip; es ist aber in Wirklichkeit nur ein scheinbarer, denn die Stillenden leisten nur fortgesetzt die gleiche Arbeit, die neun Monate kontrollierenden Hebammen aber die doppelte. Bei allen solchen Neuerungen, wie wir sie hier anstreben, kommt es ganz besonders auf größtmögliche Einfachheit an; das Stillen soll nicht nur für die Mütter, sondern auch für diejenigen, die es ermöglichen, fördern und bezahlen, keine Qual sein. Wir hätten demnach drei Abstufungen der Prämien, die, sagen wir, *Normalprämie*, die an alle ausschließlich Stillenden von der siebenten Woche an bis zum Schlusse des neunten Monats, die *Sommerprämie*, die an alle ausschließlich Stillenden für die zweite Hälfte Juni, Juli, August und erste Hälfte September, und die *kleine Prämie*, die an alle diejenigen gezahlt wird, die aus irgendeinem Grunde zufüttern, sei es von vornherein, sei es nach beliebig langer Zeit ausschließlichen Stillens. Bei der Festsetzung *der Höhe dieser verschiedenen Prämien* kann sehr wohl noch Rücksicht auf die je nach Stadt und Dorf verschieden hohen Kosten des Lebensunterhaltes genommen werden, doch ist das eine Detailarbeit, für deren präzise Erledigung uns alle Unterlagen fehlen und die den einzelnen Organisationen, falls solche zustandekommen sollten, überlassen werden kann. Bei der Schätzung der

Gesamtkosten wollen wir uns daran halten, daß die Normalprämie 1 Mark pro Woche, die Sommerprämie 1 Mark 50 Pfennige und die kleine Prämie 75 Pfennige betragen soll. Vielen mögen diese Summen lächerlich klein erscheinen und kaum geeignet, die Mütter zum Stillen anzureizen. Erfahrungsgemäß genügen aber schon geringe Summen und wir geben andererseits zu, daß die Berücksichtigung der lokalen Verhältnisse gewiß Modifikationen diktieren wird, und meinen, daß man von vornherein mit den Prämien nicht zu hoch gehen sollte. Ist man zu Mehrerem imstande, so mag man später zulegen, das ist viel besser, als wenn man durch die Höhe der Kosten gezwungen wird, nachträglich Abzüge zu machen. Das gilt gleicherweise für die Festsetzung der Höhe der Prämien wie des jährlichen Gesamteinkommens der zu Prämiierenden. Magdeburg hatte 1200 Mark festgesetzt und ist jetzt schon gezwungen, herunterzugehen. Wir halten diese Summe für zu hoch und obgleich wir keinen Augenblick leugnen wollen, daß 1000 Mark in der größeren Stadt im Budget weniger bedeuten können, als 800 Mark auf dem Lande, so halten wir es doch aus allgemeinen Gründen und besonders der Landflucht wegen nicht für richtig, überhaupt hier zwischen Stadt und Land allzusehr zu differenzieren, sondern meinen, daß man allgemein die Grenze der Prämiierung auf 900 Mark Gesamtjahreseinkommen festsetzen sollte. In Wirklichkeit ist übrigens die Summe, die eine Mutter bei neunmonatlichem ausschließlichem Stillen erhalten würde, gar nicht so klein; im besten Falle, d. h. wenn sie sofort in der heißen Zeit begänne, würde sie 13 Wochen à 1 Mark 50 Pfennige und 26 Wochen à 1 Mark = 45 Mark 50 Pfennige, sonst, wenn die ersten sechs Wochen wegfallen, 39 Mark 50 Pfennige erhalten. Die Zufütterer aber erhielten besten Falles 24 Mark 75 Pfennige, vorausgesetzt, daß man bei ihnen stets die ersten sechs Wochen unberücksichtigt ließe. Das sind für Leute dieser Volksschichten keine unbedeutenden Summen, zu denen übrigens noch die Ersparnisse an künstlichen Nahrungsmitteln und an Arznei- und Arztkosten — sofern hier überhaupt der Arzt geholt wird — für das weit weniger gefährdete Brustkind hinzukommen, die zusammen auf mindestens 70—80 M. für neun Monate zu schätzen sind, denn die Ernährung der Mutter macht im allgemeinen keine größeren Kosten, da die noch viel verbreitete Mästung der Stillenden ganz überflüssig ist. Die Zahl der voraussichtlichen Prämienempfängerinnen in unserem Regierungsbezirk läßt sich selbstverständlich nur schwer mit einiger Sicherheit schätzen. Wir haben dafür nur zwei Anhaltspunkte: die Zahlen der Rubrik 10 der Statistik pro 1907 und die Zahl der in Magdeburg prämiierten Mütter. Von den 1465 Müttern der Rubrik 10, die der Arbeit wegen überhaupt nicht stillten oder vor Ablauf des ersten Quartals absetzen mußten, sind zunächst die 228 Magdeburgerinnen abzuziehen, bleiben 1237. Diese Zahl ist für unseren Zweck natürlich als viel zu klein zu erachten. Werden Stillprämien eingeführt, so werden sich unter den 19838, die über ein Quartal stillten, eine ganze Menge finden, die ihrer sozialen Lage nach Anspruch auf Prämiierung erheben können. Wir dürfen weiter hoffen, daß von den 4160 Unterg-

lichen der Rubriken 8 und 9 sich eine erkleckliche Zahl unter dem Anreize der Prämien als tauglich erweisen wird, zumal wenn die Hebammen allgemein in der Stilltechnik besser beschlagen sein werden. Sehen wir nun auf Magdeburg, so wurden hier vom 1. April bis Schluß Oktober 1908 zirka 1300 Mütter mit 21.000 Mark prämiiert; dabei ist jedoch zu bemerken, daß die Prämie von 1 Mark respektive 1 Mark 25 Pfennigen bis 1 Mark 50 Pfennigen respektive 2 Mark wöchentlich stieg und daß bis zu einem Gesamtjahreseinkommen von 1200 Mark prämiiert wurde. Pro Stillende sind also hier 16 Mark 16 Pfennige ausgegeben worden und es wurden, da in Magdeburg 1907 von lebensfähigen Kindern 5340 Mütter entbunden wurden, zirka 24% 1908 prämiiert. Nach Abzug der Magdeburger bleiben 27107 Kinder für die übrigen Kreise des Regierungsbezirks; nehmen wir von diesen ebenfalls 24%, so würden 6506 zu Prämiierende in Frage kommen. Diese Zahl erscheint uns aber viel zu hoch. Zunächst ist die hohe Zahl der Prämiierten in Magdeburg durch die riesige Arbeiterbevölkerung zu erklären, sodann ist die Prämienberechtigung um 300 Mark pro Jahr höher angesetzt, als wir es für nötig halten; nebenbei bemerkt, sind die Prämien nicht unerheblich höher. Auch darf nicht vergessen werden, daß die sechs Monate vom 1. April bis letzten Oktober die teueren der von uns in Aussicht genommenen neun Monate sind und daß in Magdeburg bis zu einem Jahre prämiiert wurde. Unter Berücksichtigung all dieser Momente glauben wir, daß unter unseren Bedingungen in unserem Regierungsbezirke, Magdeburg ausgeschlossen, nicht mehr als zirka 5000 Mütter für Prämien in Frage kämen und daß für neun Monate durchschnittlich 20 Mark pro Person, insgesamt also etwa 100.000 Mark aufgebracht werden müßten; das wären ohne Berücksichtigung der Einwohnerzahl und der Geburtenziffer und der Leistungsfähigkeit pro Kreis und Jahr 6250 Mark. Bei einer entsprechenden Verteilung nach der Zahl der Geburten wird für die kleineren Kreise diese Summe wesentlich verringert werden. Es sind also keine unerschwinglichen Summen, die hier in Frage kämen, und sie sind voraussichtlich noch zu hoch taxiert.

Wenn aber auch eine kleinere Summe, als diese 100.000 Mark doch noch zu hoch für die 16 Kreise erscheinen sollte, der möge sich der Leistungen der Hauptstadt unseres Regierungsbezirkes erinnern. Magdeburg hat, wie erwähnt, seit Einführung der Prämien vom 1. April 1908 bis Schluß Oktober 1908 1300 Mütter mit 21.000 Mark unterstützt. Für neun Monate wird diese Summe auf mindestens 30.000 Mark steigen. Das sind gewaltige Opfer dieser einen Stadt, die hoffentlich reiche Früchte tragen werden. Möge das Beispiel Magdeburgs für unseren ganzen Regierungsbezirk vorbildlich werden.

Nun wird man einwenden, es sei die Übertragung dieser Art städtischer Fürsorge auf das flache Land schwer durchführbar, insonderheit würde eine sichere Kontrolle kaum möglich sein. Wir können allerdings den Beratungs- und Kontrollstunden des städtischen Kinderarztes auf dem Lande nichts Gleiches an die Seite

stellen, trotzdem halten wir eine ausreichende Kontrolle der Mütter und Säuglinge auch im entlegensten Dorfe für durchführbar. In erster Linie kommen die Hebammen zur Beaufsichtigung in der von uns bereits angegebenen Weise in Frage, daneben die freiwilligen Organisationen, wie wir sie schon andeuteten, welche die Kreisärzte ins Leben zu rufen hätten, zuletzt die Ortsbehörden, welche zugleich mit der Auszahlung der Prämien betraut werden müßten, analog dem Verfahren bei den Dienstbotenprämien. Auch hier wollen wir uns auf die Einzelheiten nicht einlassen, da sie durchaus den jeweiligen Verhältnissen angepaßt werden müssen.

Aber, so hören wir sagen, ist denn diese, so viele Opfer an Zeit und Geld erheischende Stillpropaganda gerade bei uns so notwendig, wo so viele Mütter schon stillen? Denn wenn wirklich nach der Statistik des Jahres 1906 total 84·8%, nach der von 1907 total 83·7% der Mütter stillten, so ist das ja ein Prozentsatz, wie er selbst von den größten Optimisten auf diesem Gebiete kaum erwartet wurde, und es dürfte aus den übrigbleibenden zirka 16% kaum noch viel herauszuholen sein. Zunächst ist dazu zu bemerken, daß diese hohe Zahl Stillender an sich noch nicht viel sagt, da alle Mütter hier eingereiht sind, die überhaupt den Versuch zum Stillen gemacht haben. Dieser hohe Prozentsatz beweist zunächst nur, daß tatsächlich bis auf wenige Ausnahmen unsere weibliche Bevölkerung zum Stillen fähig ist, was wir ja schon von der kurzen Beobachtungszeit der Entbindungsanstalten her vermuten mußten. Beide Statistiken geben in diesem Punkte ein so übereinstimmendes Resultat, daß man kaum an seiner Richtigkeit wird zweifeln können. Die Zahlen bewegen sich 1906 zwischen 76·2% im Kreise Osterburg und 89·9% im Kreise Gardelegen; 1907 zwischen 77·2% im Kreise Wolmirstedt und 90·1% im Kreise Wanzleben. Beim Vergleichen beider Jahre zeigen sich nur einige auffälligere Differenzen; so hatte Aschersleben 1906 83·1%, 1907 dagegen 77·7%, Wolmirstedt 81·5% : 77·2%. Am meisten fällt der fast rein ländliche Kreis Osterburg auf, der 1906 mit 76·2% als der schlechteste, 1907 mit 78% als der zweitschlechteste abschneidet. Als bester dagegen im Resultate beider Jahre erscheint der ebenfalls rein ländliche Kreis Gardelegen.

Aber schon nach drei Monaten sehen wir ein wesentlich verändertes Bild; die hohe Zahl Stillender nimmt in dieser kurzen Zeit um durchschnittlich 20% ab, derart, daß nur zwischen 54·3% (Osterburg) und 66·8% (Gardelegen) der Gesamtheit ein Vierteljahr und darüber stillten und daß, während überhaupt total 83·7% ein Quartal und darüber nur 61% stillten. Zieht man dagegen die Relation der ein Quartal und darüber Stillenden zu der Gesamtheit der Stillenden, so beträgt die Differenz durchschnittlich 10%, total 73·1% : 83·7%. Aus diesen Zahlen geht unzweideutig hervor, einmal, daß eine sehr viel größere Zahl der Mütter, als man gemeinhin annahm, über drei Monate stillen konnte, anderseits aber daß von der Gesamtheit der Mütter doch nur im Durchschnitt 61% ein Quartal und darüber stillten. Für Magdeburg allein errechnete Keller, nebenbei bemerkt, seinerzeit fast die gleiche Zahl 61·6%;

die Durchschnittszahlen einzelner Kreise aber kommen den damals von mir erwähnten 51·4% sehr nahe. Wir haben an anderer Stelle darauf aufmerksam gemacht, daß wir die Recherchen aus rein äußeren Gründen nicht über das erste Quartal ausdehnen mochten und konnten, daß wir aber keineswegs drei Monate für eine auch nur einigermaßen genügende Stillzeit betrachten; *zirka 40% aller Mütter in unserem Regierungsbezirk stillen also überhaupt nicht oder versagen vor Ablauf des ersten Quartales.* Wenn wir uns daran erinnern, wie gefährdet diese 40% der künstlichen Ernährung vorzeitig anheimfallenden Kinder sind gegenüber denjenigen, die ausschließlich und genügend lang die Brustnahrung erhalten, betreffen doch von 100 Todesfällen im ersten Lebensjahre höchstens 17 Brustkinder und mindestens 83 künstlich genährte, so kann uns unsere hohe Säuglingssterblichkeit trotz der über Erwarten hohen Zahl Stillender nicht wundernehmen. Nun kommt aber dazu, daß von Quartal zu Quartal erfahrungsmäßig die Zahl der Stillenden weiter abnimmt; Zahlen können wir allerdings nicht dafür erbringen, aber selbst wenn wir nur die 10%ige Abnahme der überhaupt Stillenden im ersten Quartale auch für die übrigen Quartale gelten lassen, so würden die genügend lange Zeit von neun Monaten nur 41% der Mütter stillen. Nach unseren persönlichen Erfahrungen dürfte diese Ziffer keineswegs zu niedrig angesetzt sein; beweisende Zahlen werden wir allerdings erst erlangen können, wenn die Kontrolle aller Stillenden bis zu diesem Zeitpunkt eingerichtet würde, was ja bei denjenigen, die auf Prämien Anspruch erheben, unbedingt geschehen müßte. Hierbei würde sich dann auch *der Schaden des unmotivierten, allzu frühzeitigen und unzweckmäßigen Zufütterns in seiner ganzen Größe herausstellen. Gleich Keller sind wir überzeugt, daß in ihm heutzutage eines der Grundübel zu suchen ist. Niemals dürfte eine gewissenhafte Mutter zufüttern, niemals dürfte sie absetzen, ohne den Sachverständigen, den Arzt, zur Not auch die Hebamme, gefragt zu haben.* Wie eine Masse Mütter heutzutage von vornherein zum Stillen zu bequem ist, so gibt es auch eine Menge, die baldmöglichst zufüttert, nur um mehr Freiheit für andere Dinge und nicht zuletzt für Vergnügungen zu haben. Eine Masse gibt es auch, die, unerfahren oder schlecht beraten, den Anpreisungen der Kindernährmittelfabriken Glauben schenkt und sich ganz überflüssige Kosten macht, nicht ahnend, daß sie selbst das billigste und beste Nährmittel produziert. Wieder andere glauben, daß wenn sie selbst oder die Kinder erkrankten, sogleich abgesetzt werden müßte; nichts ist verkehrter und selbst bei schwereren Wochenbetterkrankungen soll, wenn irgend möglich, weiter gestillt werden.

In den Rubriken 11 und 12 finden wir 1534 *Fälle, wo Krankheit und Tod das Stillen verhinderten,* und zwar waren 534 Mütter und 1000 Kinder betroffen. Daß unter den Erkrankten sich eine ganze Menge befindet, die weiter hätte stillen oder gestillt werden können, dürfte kaum einem Zweifel unterliegen. *Nicht nur*

alle kranken Kinder sind am besten an der Mutterbrust aufbewahrt, auch für die kranken Mütter hat genau wie für die gesunden das Stillen den gewaltigen Vorteil, daß unter seinem Einflusse die Geschlechtsorgane am raschesten zur Norm zurückgebildet werden. Auch diese Tatsache ist heutzutage vielfach in Vergessenheit geraten. Ganz fälscherweise führt man die heute so abnorm häufigen Störungen im Wochenbett auf mangelhafte Wartung und Pflege und den Zwang zu allzufrüher und schwerer Arbeit zurück, während doch die neuesten Versuche in unseren Entbindungsanstalten zeigen, daß *das frühe Aufstehen der Fieberlosen und Unverletzten* schon am dritten, vierten Tag nicht nur keinerlei Nachteil bringt, sondern vielmehr ungemein dazu beiträgt, daß die Mütter rascher ihre Kräfte wieder gewinnen, als bei achttägiger Bettruhe, und daß auch die Rückbildung der Gebärmutter günstig dadurch beeinflußt wird. Dazu kommt dann als Wichtigstes der so fördernde Einfluß des Stillens, dem sich in diesen Anstalten jede Taugliche unterziehen muß. Wir gehen in der Behandlung des Wochenbettes allem Anschein einer Revolution entgegen, die sich in ähnlicher Weise auch in der Behandlung Operierter geltend macht und die vor allem ein möglichst frühzeitiges natürliches Funktionieren aller Organe im Wochenbette, besonders der Blase, des Darmes usw. durch frühes Aufstehen anstrebt, selbstverständlich ohne die Mütter vor der Zeit zu schwächender Arbeit anzuhalten. Auf diese Weise kann es sehr wohl gelingen, nicht nur daß die Mütter früher in die Lage kommen, ihrem Haushalt wieder vorzustehen, sondern daß auch ein recht großer Teil derjenigen Wochenbettsstörungen, die in mangelhafter Rückbildung der Gebärmutter begründet sind, in Wegfall kommt, ganz besonders wenn wieder von allen Tauglichen regelmäßig gestillt wird.

In der Rubrik 15 finden wir, daß *in 77 Fällen eine neuerliche Schwangerschaft das Stillen unterbrach.* Es ist das gewiß eine minimale Zahl und sie bezeugt die ebenfalls lange nicht genug bekannte Tatsache, daß *das Stillen bis zu einem gewissen Grade vor der Empfängnis schützt.* Man nahm früher an, daß die Rückbildung der Gebärmutter in der Regel 6—8 Wochen nach der Entbindung abgeschlossen sei, innerhalb dieser Zeit bilde sich das vorher so mächtige Organ zur normalen Größe und Beschaffenheit zurück und den Abschluß dieser Epoche kennzeichne das Wiedereintreten der Periode. In Wirklichkeit aber liegen die Verhältnisse so, daß bei einem großen Teil der ausschließlich Stillenden die Regel überhaupt nicht eintritt und daß die Gebärmutter weiter schrumpft derart, daß Längenmaße von 4·5 cm, also zirka 3 cm unter dem Normalmaß, erreicht werden, ohne daß man diesen Vorgang etwa als krankhaften auffassen dürfte. Dieser Tiefstand der Gebärmutter, wenn wir so sagen dürfen, wird im allgemeinen schon im vierten Stillmonat erreicht und pflegt etwa bis zum siebenten zu beharren. Allmählich nimmt die Größe der Gebärmutter in Länge und Dicke von da ab wieder zu und das Auftreten der ersten Regel kennzeichnet für gewöhnlich den Zeitpunkt, wo das Organ seine normale

Beschaffenheit und Größe wieder erlangt hat. Das Wiederauftreten der Regel ist aber nicht hieran allein, sondern auch an die normale Eireifung geknüpft. Während der regellosen Stillzeit scheint die Eireifung gleichwie in der Schwangerschaft unterbrochen zu sein, doch nicht immer so vollkommen, daß nicht auch Empfängnis erfolgte, bevor die Regel wieder eingetreten, die Gebärmutter also zur Norm wieder herangewachsen ist. Aber diese Schwängerungen während der regellosen Stillzeit sind recht selten, weil eben in dieser Zeit die Gebärmutter infolge ihres Schrumpfens für gewöhnlich nicht geeignet ist, einem etwa befruchteten Ei den für seine Einnistung und Weiterernährung nötigen Boden zu bieten. *Mit der Regellosigkeit, der Amenorrhöe der Stillenden, ist also gewöhnlich eine Schrumpfung, eine Atrophie der Gebärmutter verknüpft, die eine vorübergehende Sterilität bedingt, allerdings nicht in dem Maße, daß diese Unfruchtbarkeit während der ganzen Stillzeit gleichmäßig fortdauerte.* Immerhin aber ist dieser Schutz vor einer neuerlichen Befruchtung ein viel sicherer, als ihn alle modernen antikonzeptionellen Mittel gewähren, die ja bei uns in den letzten Dezennien in einem früher kaum geahnten Maße in Schwung gekommen sind. Teils nutzlos, teils gesundheitsschädlich, teils unglaublich teuer entziehen diese *antikonzeptionellen Mittel* unserem Volke Summen, die, als Stillprämien angelegt, vielen Kummer, viele Sorgen und viele Krankheiten den Beteiligten ersparen würden. Es ist für diejenigen, die die Entwicklung unseres Volkes auf diesem Gebiete in den letzten drei Dezennien verfolgt haben, ganz sonnenklar, daß *mit dem Abnehmen des Stillens eine Zunahme der die Befruchtung verhindernden Mittel und Manipulationen und der Verbrechen gegen das keimende Leben stattgehabt hat*, die uns, wenn das so weiter geht, in *gallische* Verhältnisse bringen wird. Noch sind wir stolz auf unseren hohen Geburtenüberschuß, aber die Tatsache, daß er ständig abnimmt, mahnt zur Vorsicht; allein 1906 zeigte endlich wieder einen Anstieg auf 14·8‰ gegen 13·2‰ in 1905, der hoffentlich von guter Vorbedeutung ist. Speziell in den Städten und namentlich in den Großstädten zeigt sich der Rückgang der Geburtenziffer, nach *Mayet* von 38·6‰ in 1867/1871 auf 33·3‰ in 1902, während sie auf dem Lande noch 40‰ beträgt. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die konzeptionshindernden Mittel hierbei eine starke Rolle spielen; die Art, wie sie heute öffentlich angepriesen werden, ist eine geradezu schamlose und wohl mit daran schuld, daß auch das künstliche Abortieren so zunimmt. Naturgemäß finden sich Mittel und Gelegenheit dazu mehr in den Städten, auch ist die Sicherheit vor Entdeckung hier größer; trotzdem aber krassiert dieser Unfug, wie noch kürzlich in einer Diskussion der *Medizinischen Gesellschaft zu Magdeburg* über diesen Gegenstand von vielen Ärzten bezeugt wurde, auch sehr stark auf unserem flachen Lande und ganze Dörfer sollen geradezu durchseucht sein. Die Idee, durch antikonzeptionelle Mittel die Geburtenzahl und indirekt damit auch die

Säuglingssterblichkeit mindern zu wollen, ist durchaus zu verwerfen; wir begünstigen damit am Ende nur die Vermehrung der zwischen unseren Volksgenossen schon allzu zahlreich sitzenden slawischen Elemente, bei denen das Stillen noch nicht so außer Mode gekommen ist. Dazu kommt, daß die antikonzeptionellen Mittel so oft versagen und daß nunmehr zum Verbrechen nur ein kleiner Schritt ist. Die Zahl der Konzeptionen hat durchaus nicht, wie die der Geburten, abgenommen, wohl aber die Furcht vor der Schande durch die Erleichterung des künstlichen Abortes. Die Zahl der Konzeptionen ist also keineswegs ein Maßstab für die gesunde Entwicklung eines Volkes. Werden, wie es jetzt der Fall bei uns ist, eine Masse Schwangerschaften gegen Gesetz und Recht unterbrochen und stirbt eine solche Menge von Kindern im ersten Lebensjahr, so werden damit gewaltige Kapitalien sinnlos vergeudet und das übermäßig häufige Konzipieren, Abortieren und Parturieren schwächt die Frauen, macht sie vor der Zeit altern und bringt vielen Siechtum und frühen Tod. Es wäre wahrlich an der Zeit, daß man sich der natürlichen Schutzmaßregeln gegen dieses Elend wieder mehr erinnerte und zu denen gehört in erster Linie das Stillen. Gewiß ist nicht jede Stillende amenorrhöisch und steril, auch nicht jede während der ganzen Stillzeit, zumal nicht, wenn zugefüttert wird. Aber gut zwei Drittel der Stillenden erfreuen sich dieses Schutzes mehr weniger lange Zeit, die ganz wesentlich abhängt von der Dauer und Intensität des Stillens. Diese Erscheinung, daß die stillende Frau für gewöhnlich nicht menstruiert, wurde früher für so selbstverständlich gehalten, daß man es als etwas Unnatürliches ansah, wenn die Regel beim Stillen eintrat, und darin Grund erblickte, das Kind abzusetzen. Das ist selbstverständlich grundfalsch. *So lange genügende Nahrung vorhanden ist, soll die Mutter stillen, einerlei, ob sie die Regel hat oder nicht. Ja selbst eine neue Schwangerschaft diktiert nicht ohne weiteres und in jedem Falle das Absetzen.* Zwar wissen wir, daß das Saugen an den Brüsten Wehen hervorzurufen vermag, trotzdem aber erleben wir nicht selten, daß eine Frau, ohne zu wissen, daß sie wieder schwanger geworden ist, längere Zeit ohne alle Schädigung weiterstillt. Handelt es sich gegebenenfalls um ein schwächliches oder kränkelndes Kind oder stehen die heißen, so gefährlichen Monate bevor, so darf ohne Risiko weitergestillt werden, bis die Gefahr vorüber ist.

Wir sind am Ende mit dem, was sich Wichtigeres aus den beiden Statistiken für die Stillverhältnisse in unserem Regierungsbezirke herauslesen ließ, am Ende auch mit den Schlußfolgerungen, die sie uns zum Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit aufdrängten. Da diese Zeilen in die Hände aller Hebammen gelangen sollen, welche sich an der Einsammlung des statistischen Materiales beteiligt haben, so waren wir gezwungen, uns vielfach einer populäreren Form und größeren Breite zu befleißigen, um volles Verständnis zu finden. Darauf aber kam es uns ganz besonders an, weil wir glauben, daß gerade unser Hebammenstand geeignet und berufen ist, durch die erweiterte und verlängerte Kontrolle seiner Klientel

immer bessere Aufschlüsse über die Stillverhältnisse zu geben und an seinem Teile kräftig zur Besserung derselben beizutragen. Auf dem Lande und in den kleineren Städten kann man die Beihilfe der Hebammen absolut nicht entbehren, ja es ist uns auch zweifelhaft, ob die eigens für die Zwecke der Säuglingsfürsorge in den großen Städten kreierten Armenpflegerinnen und -helferinnen mehr leisten, als es die Hebammen tun würden, wenn man sie entsprechend belohnte. Durchmustern wir die Zahlenreihen, welche die jährliche Tätigkeit der einzelnen Hebammen charakterisieren, so finden wir, daß von den 669 Hebammen unseres Regierungsbezirkes nur 111 im Jahre 1907 je 75 Entbindungen und darüber hatten, d. h. mindestens jeden fünften Tag voll beschäftigt waren. Die Mehrzahl dürfte also reichliche Zeit zu den Kontrollbesuchen haben eventuell auch noch, um vielbeschäftigte Kolleginnen darin zu vertreten. Es wird immer richtiger sein, bei hygienischen Neuordnungen sich der schon vorhandenen Organisationen und Personen zu bedienen, sofern sie nur geeignet sind, als auf viel kostspieligere Weise erst neue zu schaffen und neue Personen einzuexerzieren. Unser Hebammenstand ist materiell nicht auf Rosen gebettet und er verdient, daß ihm von seiten des Staates in irgendwelcher Weise geholfen wird; vielleicht macht man mit den Kontrollremunerationen den Anfang.

Alle unsere Ausführungen sind getragen von der *Überzeugung, daß die Wiedereinbürgerung des Stillens der bei weitem wichtigste Faktor in der Säuglingsfürsorge ist, dem gegenüber alle anderen Besserungsbestrebungen in den Hintergrund treten.* Den Beweis, daß die überwältigende Mehrzahl unserer Frauen zum Stillen fähig ist, erbringen zur Evidenz auch unsere beiden Statistiken. Entartung in körperlicher Beziehung, Verelendung durch die frühe Industriearbeit und den Alkohol und was man sonst alles noch zur Erklärung der Stillungsnot angeführt hat, spielen keine nennenswerte Rolle gegenüber dem Unverstand, dem Vorurteile, der Gleichgültigkeit, der Bequemlichkeit, der Pflichtvergessenheit und der Genußsucht auf der einen und der Macht des sozialen Elends auf der anderen Seite. Diese Faktoren und nicht das körperliche Unvermögen sind es, die so viele Mütter heute vom Stillen abhalten oder sie verleiten und zwingen, allzufrüh zuzufüttern und abzusetzen. Die Gesetzgebung bemüht sich neuerlich, durch die Karenzzeit der Schwangeren und Wöchnerinnen dem Elend zu steuern, doch sind das alles erst Ansätze zu einer Besserung, die vorerst schwer weiter zu entwickeln sind, solange unsere Industrie und Landwirtschaft der billigen weiblichen Arbeitskräfte nicht glauben entraten zu können. Wäre es möglich, die stillende Mutter der Lohnarbeit gänzlich zu entziehen, so würde es keine Säuglingsfrage von Belang geben. Da das aber vorläufig ein Ding der Unmöglichkeit ist, so haben der Arbeitgeber, die Gesellschaft, die Kommunen und der Staat die Pflicht, durch Beihilfen, zweckentsprechende Einrichtungen, Aufklärung und Anfeuerung die Mütter zur Erfüllung ihrer obersten Pflicht moralisch und materiell fähig zu machen; körperlich sind

sie es zum Glück für unser Volk und seine Zukunft auch heute noch trotz alles Unkengeschreis.

Die vielen Hilfsmittel, welche die moderne Zeit zur Linderung des Säuglingselends sonst noch erfunden hat, die sich zum Teil schon vielfach bewährt haben, zum Teil erst Projekte sind, wie die gesetzliche Regelung der weiblichen Lohnarbeit, der Mutterschutz, die Regelung des Ziehkinderwesens nach T a u b e schem System, die Generalvormundschaft, die Milchküchen, die Säuglingsheime, die Krippen, die Beratungsstellen usw., haben wir absichtlich nur gestreift, weil einerseits die Verwendung der bereits erprobten je nach den örtlichen Verhältnissen sich richten, also Sache der Einzelorganisationen sein muß, die Realisierung der projektierten, namentlich soweit die Gesetzgebung in Frage kommt, Sache des Staates ist. Die Stillpropaganda, der wir hier fast ausschließlich dienen wollten, erheischt unbedingt solche Organisationen, auch im entlegensten, kleinsten Dorfe. Sie zu schaffen, vor allem die nötigen geeigneten Persönlichkeiten zu finden, wird nirgends schwer halten. Daß die Führung hier den Ärzten gebührt, kann so wenig einem Zweifel unterliegen, wie daß der Kreisarzt die Fundamente aller Organisationen in dem ihm in hygienischer Beziehung anvertrauten Kreise legen muß; an dem weiteren Ausbau müßten neben den Hebammen auch viele durch Stellung und Beruf qualifizierte Laienelemente und wohltätige Vereine mithelfen und wir zweifeln nicht, daß sie alle kämen und freudig mitwirkten, wenn man sie riefe: unendlich viel Gutes und Lohnendes ist gerade bei den Kleinsten zu tun.

ERGEBNISSE DER SÄUGLINGSFÜRSORGE.

HERAUSGEGEBEN VON

PROF. DR. ARTHUR KELLER,

DIREKTOR DES KAISERIN AUGUSTE VICTORIA-HAUSES ZUR BEKÄMPFUNG DER SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT IM DEUTSCHEN REICHE.

FÜNFTES HEFT.

AUS DER BERLINER SÄUGLINGSFÜRSORGE.

UNTER MITWIRKUNG

VON

CLARA BIRNBAUM, DR. ERNST MICHAELIS,

DR. ERNST UND LILLIE OBERWARTH.

HERAUSGEGEBEN

VON

PROF. DR. MED. H. NEUMANN.

NEBST EINEM ANHANG:

DIE ÄRZTLICHE SCHWEIGEPFLICHT BEI SYPHILIS

VON

RECHTSANWALT DR. JUR. THIERSCH, LEIPZIG.

LEIPZIG UND WIEN.

FRANZ DEUTICKE.

1910.

Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

Vorwort.

Es mag anderen vorbehalten bleiben, zu schildern, was Groß-Berlin für seine Säuglinge tut. Hier sollen nur einige wenige Punkte der Säuglingsfürsorge, die uns wichtig erschienen, erläutert werden, und zwar mit zahlenmäßiger Kritik; diese ist nicht zu vermeiden, wenn man sich auch bei dem stark in Anspruch genommenen Leser von heute hiermit ebensowenig Dank verdient wie bei denen, die mit Schlagwörtern und Betonung des Gefühls der Sache der Säuglinge zu dienen vorziehen. Wir haben uns erlaubt, gelegentlich einige Zahlen zu wiederholen, die an dem früheren Orte ihrer Mitteilung wohl denen, die sie angehen, entgangen sein dürften.

Die Anregung zu den verschiedenen Erörterungen wurde aus den mannigfachen Einrichtungen, die im „Kinderhaus" zusammenarbeiten, gewonnen.

Berlin, im Oktober 1909.

Dr. H. Neumann.



Inhaltsverzeichnis.

Seite

I. Aus der Berliner Säuglingsfürsorge, mit besonderer Berücksichtigung der Förderung des Stillens.

II. Von der Fürsorge für die unehelichen Säuglinge in Berlin.

Anhang:



I.

AUS DER BERLINER SÄUGLINGSFÜRSORGE

MIT BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG DER FÖRDERUNG DES SÄUGENS.



Die natürliche Ernährung in Berlin.

Von H. Neumann.

I. Ihre Bedeutung in verschiedenen Bevölkerungsgruppen.

Es erübrigt sich, an dieser Stelle den klinischen Wert der natürlichen Ernährung des Säuglings zu betonen. Hingegen ist ihre Bedeutung für die soziale Medizin in den einzelnen Ländern, in Stadt und Land und unter den verschiedenen sozialen Verhältnissen verschieden und weniger bekannt. Für Berlin — überhaupt für Großstädte — spielen wesentlich die letzteren eine wichtige Rolle.

Ich versuchte, den Einfluß der sozialen Verhältnisse bei der Ernährung der Säuglinge statistisch zu erfassen und erlaube mir, das Ergebnis hier kurz zu wiederholen, indem ich für die ausführliche Darstellung der Methode auf die Originalveröffentlichung verweise[1].

Ich berechnete an der Hand der Volkszählung von 1905 und der Geburten und Todesfälle von 1906 für die folgenden Bevölkerungsgruppen die Säuglingssterblichkeit, je nachdem die Säuglinge mit Frauenmilch — allein (*M*) oder mit Beifütterung (*MS*) — oder in anderer Weise (*FS*) ernährt waren. Wenn ich die Bevölkerung, die in höchstens 2 Zimmern mit Küche wohnt, mit I, die in 3 Zimmern mit Küche wohnende mit II und die in größeren Wohnungen lebende mit III bezeichne, so ergab sich folgendes.

Es verteilten sich die Kinder des ersten Lebensmonates in folgender Weise prozentisch:

Wohnungsgruppe I	II	III	Summe
89·48	6·04	4·48	100·—

Die Sterblichkeit im 1. Lebensjahre war — getrennt nach dem ersten als nahrungsfrei angenommenen Lebenstage und der späteren Zeit — prozentisch:

[1]) H. Neumann, Einfluß der Ernährungsweise auf die Säuglingssterblichkeit, Zeitschr. f. soziale Medizin, 3. Bd. 1908.

Wohnungsgruppe		
I	II	III
1·44	1·35	0·87
17·70	12·79	7·29
19·14	14·14	8·16

Es wurde nun für jede Gruppe die Sterblichkeit nach der Ernährungsform mit Ausscheidung des 1. Lebenstages berechnet. Es ist also nach bekannten statistischen Methoden festgestellt, wieviel von 100 Kindern z. B. in Wohnungsgruppe I gestorben wären, wenn sie bis zum Ende des 1. Lebensjahres nur Brustnahrung beziehungsweise die anderen Ernährungsformen erhalten hätten. Es ergab sich dann, daß von 100 Kindern in jeder Wohnungsgruppe starben bei *ausschließlicher Brustnahrung*:

Lebensmonat	Wohnungsgruppe I	II	III
1.	2·2	2·1	1·4
2.	0·8	0·4	0·2
3.	0·4	0·1	0·2
4.	0·2	0·1	0·1
5.	0·2	0·1	0·0
6.	0·2	0·0	0·3
7. bis 9.	0·5	0·1	0·0
10. „ 12.	0·4	0·0	0·4
überhaupt	4·9	2·6	2·6

Es waren also bei der idealen Ernährungsform die socialen Verhältnisse von sehr geringem Einfluß auf die Sterblichkeit der Säuglinge, wenngleich bei Vergleich von I und III die Sterblichkeit überhaupt, und zwar besonders im ersten Vierteljahr, deutlich bei den Unbemittelten ein wenig höher als bei den Bemittelten ist.

Bei *Brustnahrung mit Beifütterung* verschlechtert sich die Sterblichkeit bei den Unbemittelten (I) und Wenigbemittelten (II) außerordentlich, während sie bei den Wohlhabenden sehr gering bleibt. Da bei II und III die absoluten Zahlen nur klein sind, gebe ich die Prozentzahlen an dieser Stelle nur zusammengezogen.

Lebensmonat	Wohnungsgruppe I	II	III
1.	5·9	5·6	0·9
2.	4·7	3·5	1·6
3.	3·4	2·5	0·6
4. bis 6.	6·8	8·9	1·4
7. „ 9.	4·8	1·6	1·1
10. „ 12.	4·0	3·3	0·0
	29·6	25·4	4·4

Selbst wenn diese Zahlen durch Mangel an Material nicht ganz genau ausfallen, so ist doch jedenfalls sicher, daß das von manchen Seiten sehr gerühmte Allaitement mixte nicht an und für sich, sondern nur unter sonst günstigen Verhältnissen ein besonders empfehlenswerter Notbehelf dort ist, wo aus äußeren oder physischen Gründen das Kind nicht ausschließlich die Brust bekommen kann.

Die künstliche Ernährung hatte folgende Sterblichkeit:

	Wohnungsgruppe		
Lebensmonat	I	II	III
1.	6·5	6·7	6·2
2.	3·1	2·5	0·6
3.	2·8	1·9	0·8
4.	2·2	1·2	0·7
5.	1·8	1·0	0·2
6.	1·5	0·9	0·4
7. bis 9.	3·1	1·8	1·0
10. „ 12.	1·9	0·9	0·4
	22·9	16·9	10·3

Hier verschlechtert sich also mit abnehmendem Wohlstand die Lebensaussicht erheblich, so daß sie in Wohnungsgruppe I 2·2mal ungünstiger als in III ist. Tatsächlich ist das Verhältnis aber noch viel ungünstiger; denn die überraschend gleiche Sterblichkeit im 1. Lebensmonate für I, II und III ist wohl nur zum kleinsten Teil davon abhängig, daß der Neugeborene besonders empfindlich gegen künstliche Ernährung ist, sondern wesentlich davon, daß, trotz Ausschaltung des 1. Lebenstages, die angeborenen und bei der Geburt erworbenen Erkrankungen den wesentlichen Teil dieser Sterblichkeitszahl bedingten[1]) und infolge der sofortigen Erkrankung die Neugeborenen nicht erst an die Brust gebracht werden konnten. Dürften wir aber von der Sterblichkeit des 1. Lebensmonates wenigstens zum Teil mit Recht absehen, so würden die künstlich ernährten Säuglinge des 2. bis 12. Monates bei den Unbemittelten eine 4mal größere Sterblichkeit haben als bei den Bemittelten.

Ohne weiteres deutlich ist, daß die ersten 3 bis 4 Monate am meisten gefährdet sind und daher am dringendsten die natürliche Ernährung verlangen; bei den Unbemittelten (I) sterben in den ersten 4 Monaten bei künstlicher Ernährung 14%, bei natürlicher 3·6, also nur der 4. Teil. Würden sich die Säuglinge in dieser Zeit sogar der idealen Lage der Brustkinder bei den Bemittelten (III) erfreuen, so würden sie den 7·7. Teil ihrer jetzigen Sterblichkeit haben.

Diese zahlenmäßigen Feststellungen bestätigen die schon bekannte Wichtigkeit der natürlichen Ernährung bei der unbemittelten Bevölkerung

[1]) Vgl. v. Franqué, Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge III, Heft 7 u. 8, S. 238. Er nimmt die in dieser Weise bedingten Sterbefälle der ersten 5 Tage in Preußen mit 2·09% an.

unserer Großstadt. Es hat daher die Tatsache des **Rückganges der natürlichen Ernährung** lebhafte Beunruhigung in weiten Kreisen hervorgerufen.

II. Kritik der Volkszählungsergebnisse über die natürliche Ernährung.

Wenn man in den letzten Jahrzehnten die natürliche Ernährung der künstlichen weichen sieht, so wird diese Beobachtung in aufblühenden Industrieorten mit zunehmender Verwertung weiblicher Arbeitskraft gewiß zutreffen. Ob aber in der Tat allgemein in Deutschland ein erheblicher Rückgang des Stillens besteht, wäre erst noch zu beweisen. Für **Berlin** stützt man sich für diese Annahme auf die Ergebnisse der Volkszählung. Von den unterjährigen Kindern mit bekannter Ernährung wurden ernährt mit Frauenmilch in Prozenten:

im Jahre	ausschließlich	mit Beinahrung	Summe
1885[1])	58·7[1])	4·2[1])	62·9[1])
1890	52·9	1·8	54·7
1895	44·6	1·8	46·4
1900	33·3	3·8	37·1
1905	31·9	3·9	35·8

(Im folgenden werden wir nur die Summe aller mit oder ohne Beinahrung gestillten Kinder berücksichtigen, da diese Zahl zuverlässiger als die beiden anderen Zahlen ist.) Es ist also vom Jahre 1890 bis zum Jahre 1905 die Zahl der gezählten Brustkinder um 34·6% zurückgegangen.

Sonderbarerweise ist die beschränkte Bedeutung dieser Zahlen wenig bekannt, obgleich man sich von ihnen zu wichtigen fürsorgerischen Maßnahmen anfeuern ließ.

Man muß bei der natürlichen Ernährung ihre **Häufigkeit** und ihre **Dauer** auseinander halten. Die eben erwähnten Zahlen der Volkszählung sagen ohne weiteres hierüber nichts aus. Denn mögen viele Kinder kurze Zeit oder wenige Kinder lange Zeit gestillt werden — was für die Sterblichkeit von ganz verschiedener Bedeutung ist — so kann in dem Augenblicksbild, das uns die Volkszählung gibt, die Zahl der Gestillten trotzdem die **gleiche** sein.

Die Zahl der gestillten Kinder ließe sich vergleichsweise feststellen, wenn wir etwa die in der 2. Lebenswoche gezählten Säuglinge verglichen. Da dies äußere Schwierigkeiten hat, vergleichen wir die im 1. Lebensmonate Gezählten, obgleich dies etwas weniger genau ist. Es wurden 1885 von ihnen an der Brust (mit oder ohne Beikost) 79·8, im Jahre 1890

[1]) Die Volkszählung 1885 hat die Säuglinge des 12. Monats **nicht** mitgezählt; es ist daher der Prozentsatz für natürliche Ernährung zu hoch.

75·3, im Jahre 1905 60·8% gezählt. *Es hat also von 1890 bis 1905 die Häufigkeit des Stillens nur um 19·3% abgenommen, während wir oben ohne Trennung der Häufigkeit und Dauer des Stillens auf eine Abnahme von 34·6%* ge*kommen waren.* Diese Abnahme kann zu einem geringen Teil ihre Erklärung in der *Zunahme der unehelichen Geburten* finden, da die unehelichen Säuglinge bekanntlich wenig gestillt werden[1]. Es kamen auf 100 Geborene unehelich Geborene:

im Jahre	Prozent	im Jahre	Prozent
1885	13·54	1900	14·96
1890	12·63	1905	16·81
1895	14·56	(1906	17·62)

Auch die *Zahl der gewerblich beschäftigten Frauen* hat zugenommen, wobei allerdings wahrscheinlich die Zunahme wesentlich ledige Frauen betreffen wird. In den Berichten der Fabrikinspektion (Gewerbeaufsicht) wird, nach einer gefälligen Auskunft des Berliner statistischen Amtes, die Zahl der in Fabriken beschäftigten weiblichen Arbeiter im Alter von über 16 Jahren für Berlin und Charlottenburg angegeben im Jahre 1890 auf 32 076, steigend bis zum Jahre 1900 auf 60 340, für Berlin, Charlottenburg, Schöneberg und Rixdorf im Jahre 1901 auf 66 440, steigend bis 1906 auf 98 239.

Diese Umstände mögen bei der Abnahme des Stillens mitspielen, ohne sie aber in ihrem wesentlichen Teil zu erklären. Man könnte auch daran denken, daß sich die *Lebenshaltung des Proletariats* verbessert habe, was ebenso wie eine Abnahme der Geburten auch eine Abnahme der natürlichen Ernährung nach sich zu ziehen pflegt. Soweit sich dies aus einem Übergang in größere Wohnungen beurteilen läßt, ist es aber nicht der Fall: 1885 waren von den im 1. Lebensmonate Gezählten 81·2, 1905 sogar 89·5% in Wohnungen von höchstens 2 Zimmern und Küche.

Nehmen wir die aus den Provinzen Preußen, Pommern und Posen nach Berlin übergesiedelten Frauen als besonders stillfreudig an, so machten diese im Jahre 1890 20·6%, im Jahre 1905 21·0% der Berlinerinnen aus; es hat sich also ihre prozentische Zahl nicht wesentlich geändert. Die polnisch sprechende Bevölkerung hat in der gleichen Zeit von 1·00 auf 1·59% zugenommen.

Es bleibt also eine *Abnahme der Stillhäufigkeit*, wenn sie auch nicht so groß ist wie es zunächst schien, für die Berliner Ehefrauen bestehen. Da die gestillten Kinder von 1890 bis 1905 im 1. Lebensmonate nur um 19·3% abnahmen, so muß die viel stärkere Abnahme in der Auszählung für das ganze 1. Lebensjahr *nicht nur in der*

[1] Auch die wechselnde Zahl der zu- und abziehenden Kinder, die meist unehelich sind, wäre zu berücksichtigen. Vgl. Boeckh, Die Berliner Volkszählung von 1890, Heft 2, S. 64.

Stillhäufigkeit, sondern auch in einer Abkürzung der Stilldauer ihre Erklärung finden[1]). Hier wäre aber auf eine Tatsache hinzuweisen, die meines Wissens bisher noch nicht gewürdigt ist. Es muß nämlich selbst bei gleichbleibender Stillhäufigkeit die Zahl der im 1. Lebensjahr gestillten Säuglinge relativ abnehmen, wenn die Säuglingssterblichkeit abnimmt. Da von letzterer in allererster Linie die künstlich ernährten Kinder betroffen werden, während sich die an und für sich geringe Sterblichkeit der Brustkinder nicht erheblich ändern kann (vgl. oben, S. 4), so muß mit sinkender Sterblichkeit die Zahl der überlebenden Flaschenkinder immer größer werden — auch in dem Augenblicksbild der Volkszählung. Nimmt nun sogar die Stillhäufigkeit ab, wie es in Berlin der Fall ist, so muß die Zahl der Flaschenkinder bei besserer Sterblichkeit noch um ein Weiteres steigen. Es sank die Sterblichkeit in Berlin in folgender Weise. Von 100 geborenen Kindern starben unter einem Jahr

im Jahre	Prozent	im Jahre	Prozent
1885	29·2	1900	26·7
1890	28·2	1905	23·9
1895	27·4	(1906	21·4)

Hiernach fehlt uns für Berlin ein genauer zahlenmäßiger Ausdruck für die Abnahme der natürlichen Ernährung, den wir bisher in dem Ergebnisse der Volkszählung zu haben schienen. Daß sie, wenn auch in mäßiger Weise, zurückgegangen ist, soll darum nicht bezweifelt werden.

Die folgende Berechnung über die Abnahme der Stilldauer ist daher nur mit Vorsicht zu verwerten. Es erhielten Frauenmilch ohne oder mit Beikost unter 100 Kindern der gleichen Altersstufe:

	1890	1895	1900	1905
1. Lebensquartal	68·9	61·0	53·8	53·2
2. „	57·6	50·0	41·1	37·6
3. „	49·5	42·5	30·6	28·6
4. „	39·8	31·8	19·8	20·5

Es verringerten sich also die Brustkinder von 1890 bis 1905 im 1. Quartal um 22·8, im 2. um 34·7, im 3. um 42·2, im 4. um 48·7%. *Die Stilldauer ist also z. B. für das 4. Lebensquartal innerhalb von 15 Jahren fast um die Hälfte gesunken.*

Soweit der Rückgang des Stillens in diesem 4. Lebensviertel an dem allgemeinen Rückgange beteiligt ist, ist er nicht zu bedauern, da der Arzt auf ein mehr als höchstens 3/4 jähriges Stillen keinen Wert legt, es sogar ohne Beifügung gemischter Kost für unzweckmäßig halten müßte. Aber die abnehmende Tendenz der Stilldauer tritt auch schon in früheren

[1]) Schon von 1885 zu 1890 von Boeckh festgestellt. Vgl. Die Berliner Volkszählung von 1890, Heft 2, S. 56.

Quartalen in Erscheinung und hat hier besonders bei der arbeitenden Bevölkerung eine einschneidende Bedeutung. (Vgl. Tab. S. 5.) Es möge daher die Abnahme des Stillens noch kurz für die von uns oben gekennzeichneten verschiedenen sozialen Schichten getrennt gewürdigt werden.

Da die Bevölkerung in kleinen Wohnungen in erdrückender Mehrheit ist, so können ihre Stillungsverhältnisse nicht wesentlich von den für die ganze Bevölkerung gefundenen abweichen, wie dies tatsächlich aus der folgenden Tabelle hervorgeht. Es wurden hier mit Frauenmilch (mit oder ohne Beikost) gestillt (in Prozenten):

	I. Wohnungsgruppe 1890	1905[1]	Größe der Differenz in Prozenten
1. Quartal	69·7	53·0	— 24·0
2. „	58·3	38·0	— 34·8
3. „	51·0	29·5	— 42·2
4. „	42·2	22·1	— 47·6

Stellen wir dieser Tabelle die Stillungsverhältnisse in Wohnungen mit 3 Zimmern (II) und in solchen von 4 und mehr Zimmern (III) gegenüber:

	II. Wohnungsgruppe 1890	1905	Größe der Differenz in Prozenten
1. Quartal	60·5	55·2	— 8·8
2. „	51·3	35·7	— 30·4
3. „	41·2	26·6	— 35·4
4. „	27·0	15·6	— 42·2

	III. Wohnungsgruppe 1890	1905	Größe der Differenz in Prozenten
1. Quartal	67·3	54·0	— 19·8
2. „	56·9	39·2	— 31·1
3. „	43·0	26·2	— 39·1
4. „	27·8	13·0	— 53·2

Ein Blick auf diese Tabellen zeigt, daß der Rückgang im Stillen in den Wohnungen von 3 und mehr Zimmern weniger stark als in den Wohnungen von höchstens 2 Zimmern gewesen ist. Die einzige Ausnahme ist für das 4. Lebensquartal bei den Bemittelten zu finden, indem von ihnen an und für sich kürzer gestillt wird und unter den jetzigen Verhältnissen, auf die wir gleich eingehen, ein Stillen über die physiologisch bedingte Dauer hinaus noch weniger durchführbar erscheint.

Es verhält sich jetzt so, daß im Vergleich mit dem Jahre 1890 in allen Gesellschaftskreisen die natürliche Ernährung abgenommen hat, sich aber im Gegensatze zu früher

[1] Aus H. Neumann, Zeitschr. f. soziale Medizin, l. c.

jetzt für alle Lebensquartale (mit Ausnahme des I.) auf fast den gleichen Prozentsatz eingestellt hat.

Für die soziale Medizin ist freilich die Mitwirkung der Ammen bei diesem Ergebnisse zu berücksichtigen. Die Ammenernährung hat von der Volkszählung von 1890 bis zu der von 1905 von 2·7% auf 0·6% der Kinder mit bekannter Ernährung abgenommen. Viel lehrreicher ist es, wenn wir den Prozentsatz der durch Amme Ernährten zu der Gesamtheit der natürlich Ernährten bestimmen, und zwar mit Weglassung der Gruppe I nur für Gruppe II und III[1].

	1890			1905		
	Amme	überhaupt Brust	Proz.	Amme	überhaupt Brust	Proz.
Gruppe II	145	1400	10·4	24	819	2·9
Gruppe III	642	1412	45·5	125	616	20·3

Es ist also bei den Bemittelten (III) die Ammenernährung nicht einmal halb so häufig wie früher, trotzdem aber noch in ⅕ der Fälle mit natürlicher Ernährung zu finden; natürlich wird man diese Ernährungsform in der Regel nicht über die physiologische Dauer ausdehnen.

III. Gruppen mit verschiedener Neigung zum Stillen.

Bei den Bemühungen um die natürliche Ernährung der Säuglinge wäre schließlich noch auf folgendes aufmerksam zu machen. Es wird nicht in der Bevölkerung gelegentlich ein Kind an der Brust oder mit der Flasche ernährt, sondern es stehen sich gleichsam zwei Parteien gegenüber, von der die eine in der Regel stillt, die andere in der Regel päppelt. Nahm ich z. B. beliebige 100 Mütter, die mit einem künstlich oder jedenfalls unter einem Vierteljahr gestillten Kind in die Säuglingsfürsorgestelle kamen, so befand sich unter ihnen eine große Mehrheit (79), die auch das vorhergehende Kind nicht gestillt und von der Gesamtheit ihrer Kinder (360) nur 10% gestillt hatten. Nur bei 21 von jenen 100 Müttern waren es mehr zufällige, gerade diesmal wirkende Gründe, welche das Stillen verhindert hatten; denn hier waren das vorhergehende ebenso wie überhaupt 72% ihrer (86) Kinder gestillt worden. Oder nehmen wir Mütter, die mit einem Brustkind zu uns kamen: hatten sie auch schon das vorhergehende Kind (mindestens ein Vierteljahr) gestillt, so waren es eben an und für sich stillkräftige Frauen; sie hatten von der Gesamtzahl ihrer Kinder (325) 92% über ein Vierteljahr gestillt. Hingegen waren bei den Frauen, die zwar jetzt stillten, aber beim vorhergehenden Kind nicht, schon nur 35% der (91) Kinder gestillt. Es erlauben also die Stillverhältnisse bei den letzten Kindern einen gewissen Rückschluß auf die Neigung oder Fähigkeit, überhaupt zu stillen, wie dies die folgende Tabelle zusammenfassend zeigt:

[1] Amme in Kombination mit anderer Ernährung ist für 1905 nicht bekannt; 1890 waren es 15 Fälle.

Gestilltes Kind vorletztes	letztes	Die früheren Kinder (außer dem letzten) gestillt in Prozenten
—	—	10
—	±	35
+	—	72
+	+	92

In den letzten zwei Reihen lernen wir eine Gruppe von Müttern kennen, für welche das Stillen eine selbstverständliche Körperfunktion ist, die nur ausnahmsweise — wesentlich durch eigene Erkrankung oder bei besonderen Zuständen der Neugeborenen — nicht in Tätigkeit tritt. Für die seltenen Fälle, wo hier nicht gestillt wird, bedarf es von unserer Seite keiner besonderen Propaganda. Diese stillkräftige Gruppe der Ehefrauen zeichnet sich auch durch eine besonders lange Stilldauer aus: Von den Frauen, welche 92% ihrer Kinder stillten, waren diese in 54·3% ¾ Jahr und länger, in 40% sogar 1 bis 2 Jahre gestillt worden (von 208 : 83). Ganz im Gegensatze hierzu steht die Gruppe von Frauen, die nur ausnahmsweise stillt.

Die Gründe für die Unterlassung des Stillens sind auch für Berlin genügend untersucht, als daß sie noch einmal ausführlich erörtert werden sollten[1]. Hier soll nur darauf aufmerksam gemacht werden, daß die Ursachen sich doch wesentlich anders stellen, je nachdem wir die hier unterschiedenen 2 Hauptgruppen ins Auge fassen. Bei ihnen spielt besonders eine Ursache, der Nahrungsmangel, in ihrer Bedeutung für die Unterlassung des Stillens eine verschiedene Rolle. Während die stark stillenden Frauen (mochten sie auch diesmal zufällig ein Päppelkind zu uns bringen) nur in ⅕ der Fälle das gelegentliche Nichtstillen mit Nahrungsmangel begründeten (11 von 50), taten dies die selten stillenden Frauen in der Hälfte der Fälle (65 von 133). Dies deutet darauf hin, daß hier mindestens die Überzeugung von einem Nahrungsmangel auffällig oft bestand, und es bliebe noch festzustellen, wie oft diese Überzeugung einigermaßen begründet war. Sicher ist, daß von dieser Klasse Frauen, selbst wenn sie bei uns ihr Kind mindestens ¼ Jahr stillten, die Hälfte angab, aus Nahrungsmangel in 50% das vorhergehende Kind nicht gestillt zu haben, während doch das Verhalten bei dem letzten Kind diese Angabe einigermaßen entkräftete. Es wurde jedoch leider bisher nicht untersucht, ob diese Frauen in der Tat ebenso häufig wie andere Frauen ihr Kind mit gutem Erfolg nährten. Man darf wenigstens das eine annehmen, daß sich die Milchabsonderung meist langsamer und schwieriger bei ihnen in Gang bringen läßt, wenngleich man den Grad von Stillschwäche, der hier zum Teil wirklich bestehen wird, vorläufig nicht ohne objektive Feststellungen beurteilen kann.

[1] Vgl. Japha u. Neumann, Säuglingsfürsorgestelle I der Stadt Berlin. (Berlin, 1906). S. 42 ff.

Daß sich eine Stillschwäche, die sich in relativem Nahrungsmangel äußert, durch Hebung der Ernährungsverhältnisse bessern läßt, ist zwar nicht allgemein zu behaupten, für einzelne Fälle aber zweifellos. Eine richtige Anleitung zum Stillen ist jedenfalls bei den stillschwachen Frauen von außerordentlicher Bedeutung und oft von Erfolg. Es ist also bei dieser Hälfte der gewohnheitsmäßig nicht stillenden Gruppe von Frauen die Betätigung einer Säuglingsfürsorge vorwiegend angezeigt. Abgesehen von dem „Nahrungsmangel" kommen in der andern Hälfte der Behinderungsgründe solche wie körperliche Schwächezustände der Mütter zum Teil neuropathischer Art oder abnorme Verhältnisse beim Neugeborenen (vor allem Schwäche des Frühgeborenen), vor, welche rechtzeitiges ärztliches Eingreifen nicht minder verlangen.

Die Gruppe der Stillschwachen ist insofern innerhalb der nichtstillenden unbemittelten Bevölkerung besonders zu berücksichtigen, als es sich bei jeder einzelnen Frau mehr oder weniger um die ganze Reihe ihrer Kinder handelt, die im Laufe der Zeit durch die künstliche Ernährung gefährdet sind. Deswegen muß auch die Fürsorge für die Erstgebärenden besonders dankbar erscheinen, insofern man hier sogleich durch Einleitung der natürlichen Ernährung auch den späteren Kindern die Anwartschaft auf die Mutterbrust eröffnet.

Will man die Wöchnerin im geeigneten Augenblick zur Brusternährung veranlassen und die entgegenstehenden Schwierigkeiten beseitigen, so müssen die äußeren Verhältnisse das Stillen erlauben und es muß sich dem Arzt genügend Gelegenheit zur Einwirkung bieten. Von diesem Gesichtspunkte aus wird in den nächsten Aufsätzen zur Reichsversicherungsordnung das Wort genommen werden und die Einrichtung der Hauspflege, die, solange nur wenig Frauen die Entbindungsanstalt aufsuchen, außerordentlich wertvoll ist, geschildert werden. Ferner wird der Einfluß, den Unterstützungen der Stillenden durch die Säuglingsfürsorgestellen haben können, kritisch dargestellt.

Noch auf einem andern Wege hat man versucht, die natürliche Ernährung zu fördern: durch mündliche und schriftliche Belehrung der Mütter — auch hiermit werden wir uns kritisch beschäftigen — und überhaupt durch Aufklärung der Bevölkerung: man hofft durch die suggestive Beeinflussung der Massen die natürliche Ernährung modern zu machen. Dieses Bestreben scheint nun in der Tat nicht aussichtslos, wie eine zahlenmäßige Überlegung zeigen möge. Während von 1895 bis 1900 die Zahl der bei der Volkszählung gezählten Säuglinge an der Mutterbrust (mit oder ohne Beikost) sich um 19·3% verminderte, war die Abnahme von 1900 bis 1905 nur 3·4% (1895: [illegible]; 1900: 36·1; 1905: 35·2%). Diese relative Besserung von 1900 zu 1905 kann die verschiedensten Ursachen haben und wäre daher nicht ohne weiteres in bestimmtem Sinne zu deuten. Unterscheidet man aber die Häufigkeit des Stillens durch die eigene Mutter nach 3 Wohlhabenheitsklassen, so findet sich folgendes:

Wohnungsmiete	Mutterbrust in Prozenten		Änderung in Prozenten
	1900	1905	
bis 450	[illegible]	26·3	— 3·7
451—1200	29·7	32·5	+ 11·7
über 1200	[illegible]	25·7	+ 14·8

Es scheint hiernach in den oberen Gesellschaftsschichten der Unterschätzung der natürlichen Ernährung jetzt eine Periode berechtigter Wertschätzung zu folgen — dank der ärztlichen Aufklärung und Propaganda — und es dürfte sich ebenso wie bei allen Einzelheiten der Lebensführung auch diese Schätzung der natürlichen Ernährung wie eine Welle aus diesem schmalen Bett auf die weiten und schwerer beweglichen Flächen der arbeitenden Bevölkerung fortpflanzen. Freilich wird es noch langer und energischer Bemühung bedürfen, bis sich die Stillhäufigkeit, die im Jahre 1905 für den 1. Monat den Tiefstand von 60·8% erreicht hatte, wieder auf den Stand von 1885 — 79·8% — erhebt oder sogar die praktisch mögliche Höhe von einigen 80% erreicht. Aber es erscheint doch immerhin wertvoll, den allerersten Beginn dieses Anstieges feststellen zu können.

IV. Rückblick.

Zunächst wurde eine Berechnung für die Bedeutung der Ernährungsform unter verschiedenen sozialen Verhältnissen in Berlin aufgemacht. Alsdann wurde die natürliche Ernährung der Säuglinge unter kritischer Verwertung der Volkszählungsergebnisse geschildert. Der oft beklagte Rückgang war nicht so erheblich, wie man vielfach annimmt; er kam fast ebensosehr auf eine Abnahme der Stilldauer wie der Stillhäufigkeit. Vor allem zeigte sich die Abnahme der Ernährung durch die Frauenbrust bei der Arbeiterbevölkerung, weniger bei den Bemittelten. Unter Hinzunahme der Ammenernährung erhalten jetzt die Kinder der verschiedenen Lebensquartale — außer in dem wenig wichtigen 4. Quartale — bei allen Bevölkerungsgruppen annähernd gleich häufig Frauenmilch. Aber es ist in der Tat sehr bedauerlich, daß der Prozentsatz seit 1885 beziehungsweise 1890 allgemein abgenommen hat. Ob dieser Prozeß schon seit längerer Zeit in Entwicklung ist — es wäre dies für die Erkenntnis seiner Ursachen wichtig — ist leider nicht festzustellen. Wir sehen jetzt, daß die natürliche Ernährung bei gewissen Gruppen von Frauen für fast alle ihre Kinder unterbleibt und daß sie zu einem großen Teil durch körperliche Unzulänglichkeit begründet wird. In zwei Punkten ist diesen beklagenswerten Verhältnissen gegenüber ein gewisser Optimismus erlaubt. Erstens lehrt eine individuelle Beratung und Unterstützung, daß diese körperliche Behinderung sich vielfach, wie wir sehen werden, überwinden läßt und zweitens ist die Aufklärung über die Wichtigkeit der natürlichen Ernährung im Begriff, Früchte zu tragen. Von dem Jahre 1900 zu dem

Jahre 1905 hat bei den Bemittelten die Darreichung der eigenen Brust zugenommen und ist bei den Unbemittelten der Rückgang geringer geworden — ob durch Zunahme der Stillhäufigkeit oder Dauer, läßt sich nicht sagen.

In vielen Punkten ist eine Aufklärung über die Bedingungen für das Stillen wünschenswert und durchaus möglich; unter anderem wäre der Einfluß der Rasse, des Geburtsortes, der familiären Überlieferung und Befähigung, die Bedeutung der äußeren Verhältnisse, besonders des Stadtlebens, zu untersuchen, ferner die objektive Fähigkeit zum Stillen im Vergleich zu der subjektiven Behinderung. Es ist zu bedauern, daß bisher noch wenig kritische Untersuchungen über diese und andere Fragen in Angriff genommen sind.

Die Schwangere und Wöchnerin in dem Entwurf einer Reichsversicherungsordnung.

Von E. und L. Oberwarth.

In dem Entwurf einer Reichsversicherungsordnung werden unter anderen das Gesinde in Stadt und Land, die Hausgewerbetreibenden, die landwirtschaftlichen Arbeiter und die unständigen Arbeiter neu dem Kreise der Versicherten eingefügt. Diese langgewünschte Ausdehnung des Gesetzes, die großen Bevölkerungsschichten zugute kommen würde, muß freudig begrüßt werden, insbesondere im Hinblick auf die weibliche Bevölkerung, die durch Versicherung der Dienstboten, Heim- und landwirtschaftlichen Arbeiterinnen wesentlich gewinnt; wenn auch manch anderer Wunsch, wie z. B. die obligatorische Familienversicherung, vorläufig noch unberücksichtigt bleibt.

Für die in diesen Heften vertretenen Interessen der Säuglingsfürsorge ist ferner in dem Entwurf als Neuerung die Erweiterung der Wöchnerinnen- beziehungsweise Schwangerenunterstützung wichtig, die sich bei richtiger Handhabung zur Mutterschaftsversicherung und mittelbar zum Säuglingsschutz auswachsen kann. Bekanntlich verlängert der Entwurf die Unterstützungsdauer für diese Kategorie von 6 auf 8 Wochen, von denen mindestens 6 auf die Zeit nach der Entbindung fallen müssen. Die Bedingung, daß die Versicherten mindestens 6 Monate innerhalb des letzten Jahres vom Tage der Entbindung ab zurückgerechnet versichert gewesen sein müssen, bleibt zwar bestehen, ist aber bei der geplanten Erweiterung leichter erfüllbar.

Zwei Beispiele mögen zur Erläuterung dienen.

Eine Fabrikarbeiterin, Mädchen oder Frau, legt ganz zu Anfang der Schwangerschaft, diese Arbeit nieder und nimmt Aufwartestellen oder Heimarbeit an, da ihr dies in ihrem Zustande mehr zusagt. Infolgedessen geht sie nach den geltenden Bestimmungen in der Folgezeit der Wöchnerinnenunterstützung verlustig, da sie sich selbst nicht weiter versichert und die 6 Monate noch nicht voll waren. Wieviele von den jetzt schon Versicherungspflichtigen auf diese und ähnliche Art die Unterstützung verlieren, läßt sich leider nicht feststellen, doch muß die Zahl nach unseren Erfahrungen an der „Wöchnerinnenunterkunft" in Berlin ziemlich groß

sein. Geht jedoch die geplante Erweiterung der Versicherung durch, so ist es gleichgültig, wo die Betreffende arbeitet, sie ist in jedem Fall versichert und genügend lange.

Der umgekehrte Fall: Die sichtbar werdende Schwangerschaft veranlaßt oft weibliches Gesinde vom Land in versicherungspflichtigen, städtischen Betrieben Arbeit zu nehmen, ohne daß dies aber so rechtzeitig geschieht, um die verlangte 6monatige Zahlung vor der Entbindung zu ermöglichen. Da die allgemeine Dienstbotenversicherung bisher fehlt, die Schwangere aber bei der Arbeiterinnenkasse nicht lange genug Mitglied war, so fällt für sie jetzt meist jede Wöchnerinnenunterstützung fort. Wenn nun der neue Entwurf auch auf dies Gesinde die Versicherung ausdehnt, so dürfte in allen Fällen, wo nicht gerade mehrmonatige, körperliche Beschwerden jede Arbeit untunlich machen, die obligatorische 6monatige Zahlung des Beitrages erfolgen können, und sogar ohne daß die Rücksicht auf die Versicherung einen Zwang ausübte, auch in der letzten Zeit vor der Entbindung zu arbeiten. Auch besteht dabei nicht in gleichem Maße wie bisher die Gefahr, daß die Versicherten durch Unkenntnis des Gesetzes (z. B. ihres Rechtes auf freiwillige Fortsetzung der Mitgliedschaft) oder durch Nachlässigkeit, indem vielleicht gerade einige Tage an den 6 Monaten der Zahlungsfrist fehlen, die ihnen zukommende Unterstützung vollkommen einbüßen. Nach dem bisherigen Gesetz ist es dem weiblichen Gesinde fast unmöglich, einer Kasse beizutreten, um ein Unterstützungsrecht zu erlangen. Es ist jetzt im Falle einer Schwangerschaft und Entbindung völlig ohne Hilfe. Die Dienstherrschaft ist zwar verpflichtet, im Erkrankungsfalle bis zur Lösung des Dienstverhältnisses oder bei seinem Fortbestand bis zu 6 Wochen die Krankenkosten zu tragen, hat aber bei Schwangerschaft wie bei jeder selbstverschuldeten Krankheit das Recht sofortiger Entlassung. Das gleiche Recht steht den Dienstbotenabonnementsvereinen zu, die ja nur eine Versicherung der Herrschaft darstellen. Ebenso liegen die Verhältnisse bei den ländlichen Arbeitern. Nur einige süddeutsche Bundesstaaten haben die obligatorische Krankenversicherung für diese Kategorien schon eingeführt und damit gute Erfahrungen gemacht.

Ein zweiter, sehr großer Mißstand ist der, daß die Entbindungsanstalten bei den versicherten Arbeiterinnen häufig von der Kasse das Krankengeld oder einen Teil desselben zum Ausgleich der Entbindungs- oder nachherigen Verpflegungskosten erheben. Allerdings ist bei der Mehrzahl der Kassen hierzu das schriftliche Einverständnis der Entbundenen nötig, doch pflegt sie es zu geben, um wenigstens bei der Anstalt keine Schulden zu haben. Da diese Kosten meist 21 bis 36 Mark betragen, so geht in diesen Fällen die Wöchnerinnenunterstützung gänzlich verloren oder die an und für sich sehr kärgliche Unterstützung wird noch erheblich verringert. Dies ist um so bedauerlicher, als gerade die in Anstalten Entbundenen meist die Bedürftigsten sind.

Es kommt hinzu, daß die Wöchnerinnenunterstützung dort, wo sie voll gezahlt wird, auch nur eine Beihilfe zum Leben sein kann, zum

Unterhalt für Mutter und Kind aber nicht ausreicht und somit arbeitende Frauen und Mädchen, deren Zahl nach den letzten Erhebungen der Gewerbeaufsicht dauernd stark zunimmt, gezwungen sind, möglichst bald, trotz dem bestehenden 6wöchigen Arbeitsverbot, das zudem noch durch ärztliches Attest gekürzt werden kann, die Arbeit wieder aufzunehmen. Kommen sie in einer Fabrik nicht an, so verschaffen sie sich Arbeit in anderer Form. Vorher konnten Ersparnisse für die Zeit des Wochenbettes bei dem niedrigen Frauenverdienst meist nicht gemacht werden. Sind sie vorhanden, so werden sie gewöhnlich in den arbeitslosen Wochen vor der Entbindung verbraucht, da eine Schwangerenunterstützung fakultativ ist und nur von einzelnen Kassen bisher gezahlt wird. Auch wo dies geschieht, wie z. B. bei der Kaufmannskasse, in Berlin (Georgenkirchstraße 40) wird sie nicht in entsprechendem Maße in Anspruch genommen, da sie zu niedrig ist, als daß die werdenden Mütter davon allein leben könnten[1]), und die Löhne anderseits zu gering sind, als daß Ersparnisse

[1]) Jahresbericht 1907, S. 15:

Schwangerschaftsunterstützung wurde 101 Personen gegen 80 im Vorjahre gewährt, und zwar

Klasse	1	2	3	4	5
Personen	2	11	23	58	7

während entbunden wurden und Wöchnerinnenunterstützung erhoben haben

Klasse	1	2	3	4	5
Personen	22	19	297	595	212

zusammen 1145 Personen gegen 1184 im Vorjahre.

Wurde demnach die Schwangerschaftsunterstützung im Berichtsjahre noch etwas mehr, nämlich von 8·82% der Wöchnerinnen gegen 7·27% im Vorjahre, in Anspruch genommen, so lassen die sehr geringen Zahlen doch den Schluß zu, daß der größte Teil unserer Schwangeren bis zur Entbindung arbeitet. Wir sind nicht optimistisch genug, um die Ursache hiervon in einem besonders günstigen Gesundheitszustande unserer weiblichen Mitglieder zu suchen, sondern wir befürchten, daß der größere Teil derselben durch die Not des Augenblickes gezwungen ist, so lange es irgend geht zu arbeiten, wenn dadurch auch die Gesundheit von Mutter und Kind gefährdet wird. Ein Blick auf obige Zahlen zeigt ja auch, daß die meisten Schwangeren in den niedrigen Lohnklassen rangieren. Die sich daraus ergebenden Lohnsätze reichen aber nur zu dem allernötigsten Lebensunterhalt und ermöglichen keinesfalls irgendwelche Ersparnisse.

Für Wöchnerinnenunterstützung verausgabten wir 56 833·49 Mark, so daß jede der angemeldeten Entbindungen 49·61 Mark gegen 46·26 Mark 1906 Ausgaben verursachte.

Jahresbericht 1908, S. 17:

Wir gewährten im Berichtsjahre 151 Personen gegen 101 Personen im Vorjahre Schwangerschaftsunterstützung. Dieselbe verteilt sich in den fünf Lohnklassen wie folgt:

Klasse	1	2	3	4	5
Personen	6	5	50	71	19

Es sind das 11·84% der 1275 unterstützten Wöchnerinnen gegen 8·82% im Vorjahre.

Die Wöchnerinnen verteilten sich:

Klasse	1	2	3	4	5
Personen	26	60	331	600	258

Übereinstimmend mit unseren früheren Beobachtungen sind wiederum bei beiden Unterstützungsarten die Mitglieder der unteren Lohnklassen am meisten vertreten, und

gemacht werden konnten, die mit der Kassenleistung zusammengelegt für den Lebensunterhalt ausreichten.

Hieraus ergibt sich die Forderung:

Die Krankenkasse muß die Schwangeren- und Wöchnerinnenunterstützung in Höhe des vollen Mindestlohnes zahlen und außerdem die Kosten der Entbindung tragen, soll wirklich die gerade ausreichende und insofern durchaus nötige Unterstützung durch die Versicherung erreicht werden.

Für die Mutter würden sich hieraus folgende Vorteile ergeben:

Die *Schwangerenunterstützung* schont die Gesundheit der Schwangeren und ermöglicht ihr Vorbereitungen für die Geburt und das Kind zu treffen. Die *Wöchnerinnenunterstützung* deckt den Lohnausfall, den die Mutter meist widerwillig, kraft Gesetzes erleidet. Das 6wöchige Arbeitsverbot, welches das Gesetz ihr im Interesse ihrer Gesundheit auferlegt, kann überhaupt nur auf diese Weise sinngemäß durchgeführt werden. Ohne die Zahlung des vollen Mindestlohnes ist eine Pflege im Wochenbett auch nur in der einfachsten Form nicht möglich; nur Ruhe und Schonung nach der Geburt erhält die Frauen gesund und fähig, von neuem kräftige, lebensfähige Kinder zu gebären. Ihrerseits werden die Kassen, die jetzt besonders stark durch die Unterleibsleiden der Frauen — meist als Folge ungenügender Schonung nach der Geburt — belastet sind, in dieser Richtung weniger in Anspruch genommen werden.

Der vielfach erhobene Einwand, daß ein verstärkter Wöchnerinnenschutz die Geburtenziffer in den Kreisen der Versicherten stark erhöhen würde, ist unserer Meinung nach irrig. Gerade dann, wenn es den Müttern ermöglicht wird, besser für ihre Kinder zu sorgen, wird der Wert des kindlichen Lebens von ihnen höher eingeschätzt und das Verantwortungsgefühl dem Kinde gegenüber geweckt. Die Unmöglichkeit, die einstürmenden pekuniären Sorgen zu überwinden, wie sie jetzt meist bestehen, macht die Wöchnerin stumpf und gleichgültig, der Tod des Kindes wird

---

zwar stellen diejenigen der 3. Lohnklasse mit 47·60 % bei Wöchnerinnen und 47·20 % bei den Schwangeren das größte Kontingent.

Beachtenswert erscheint, daß von den Wöchnerinnen

Klasse	1	2	3	4	5
Prozent	23·89	8·33	15·10	11·85	7·26

Schwangerschaftsunterstützung in Anspruch genommen haben. Das bestätigt unsere Ansicht, daß der größere Teil der Schwangeren genötigt ist, solange es irgend geht, zu arbeiten, da die Lohnsätze keinerlei Ersparnisse für das Wochenbett ermöglichen. Diese Zahlen zeigen aufs neue die Berechtigung der von verschiedenen Seiten erhobenen Forderung, den Wöchnerinnen beziehungsweise Schwangeren eine Unterstützung in voller Höhe des Taglohnes zu gewähren. In Österreich ist in dem Entwurf eines Gesetzes betreffend die Sozialversicherung bereits in dieser Hinsicht ein Fortschritt zu verzeichnen und bei der Begründung hierfür ausdrücklich angeführt, daß dem Bestreben der Wöchnerin nach möglichst frühzeitigem Wiedereintritt in die Arbeit nur durch Erhöhung der Geldunterstützung wirksam begegnet werden kann, die das materielle Interesse der Wöchnerin an der Arbeitsaufnahme vermindert.

infolgedessen als Erleichterung angesehen. So stark die Mutterliebe sonst ist, so herrscht gerade dem neugeborenen Kinde gegenüber eine Gleichgültigkeit, die erschreckend ist und die Niederkunft wird zu einem so unwichtigen Ereignis, daß wenn der Säugling in den ersten Tagen oder Wochen stirbt, die Mutter nach einem Jahre oft kaum das genaue Geburtsdatum angeben kann. Es treffen diese Erwägungen auch in einem hohen Grade für die unehelichen Geburten zu.

Eine nach unserem Vorschlag erhöhte Unterstützung hätte im besonderen für das Kind den Wert, daß die Mutter sich ihm in der gefährdetsten Zeit des Säuglingslebens, den ersten 6 Wochen, widmen kann; auch die uneheliche Mutter hätte somit die Möglichkeit, ihr Kind solange zu stillen und zu pflegen.

Da die Schwangerenunterstützung vermutlich nur nach einer Untersuchung durch den Arzt oder die Hebamme gezahlt werden wird, können diese die angehenden Mütter über die Notwendigkeit des Nährens und den Nutzen einer selbst nur 6wöchigen Stilldauer belehren. Nur wenn die Versicherte während der Arbeitsenthaltung stillt, kann auch die Einrichtung von Stillstuben von Bedeutung werden und ein längeres Stillen ermöglichen, während ihr Wert jetzt, wo die Arbeiterin ihr Kind kaum erst anlegt, nur in der Theorie besteht. (Vgl. hierüber auch weiter unten.)

Hier wäre auch zugleich eine Handhabe, um mit der so drängend nötigen Regelung der Ammenfrage einzusetzen, um durch Schaffung eines Ammenschutzgesetzes die hohe Sterblichkeit der Ammenkinder zu vermindern[1].

Auch die in der zitierten Arbeit erhobene Forderung einer mindestens 6wöchigen Karenz für Ammen würde durch die neue Versicherungsordnung sehr wirksam unterstützt. Denn da die Amme gewöhnlich aus dem Stande der Arbeiterin oder des Gesindes hervorgeht, kommt ihr die 6wöchige Unterstützung nach der Entbindung zu und es wird ihr so ermöglicht, ihr eigenes Kind wenigstens 6 Wochen zu stillen. Auf der andern Seite wäre, wenn die Amme dem Gesinde zugerechnet wird, die gesetzliche Folge, daß sie nicht früher als nach 6 Wochen als Amme in Dienst gehen dürfte. Kurzum: sie könnte und sie müßte ihr Kind mindestens 6 Wochen stillen.

Das Gesetz muß ferner vorschreiben, daß die Wöchnerinnenunterstützung nicht, wie es vielfach geschieht, pauschaliert, sondern nach Art des Krankengeldes ratenweise und unter wöchentlicher Kontrolle zu zahlen ist. In diesem Falle wird eine größere Wahrscheinlichkeit geboten, daß das Geld zu wirklichem Nutzen von Mutter und Kind Verwendung findet und nicht wie bisher etwa für Hebammengebühren, sonstige Schulden oder Pflegegeld verausgabt wird. Die Kontrolle müßte durch den Arzt oder die Hebamme oder seitens einer an dem Wohl der Mutter und dem Gedeihen des Kindes interessierten medizinischen Anstalt, auf jeden Fall durch einen Sach-

[1]) Vgl. hierüber: Emil L. Oberwarth „Über Ammen und Ammenkinder". Wochenschr. für Soziale Hygiene und Medizin. Nr. 28. 1906.

verständigen stattfinden: hatte er schon der Schwangeren die natürliche Ernährung empfohlen, so kann er jetzt die Wöchnerin bei der Ausübung des Stillens mit Rat unterstützen und aufmuntern. Ist es auch richtig, daß die Zahlung seitens der Kasse nicht von der Beachtung der Ratschläge abhängig gemacht werden kann, so ist nach der praktischen Erfahrung doch trotzdem unter diesen Verhältnissen auf eine bedeutende Wirkung zu rechnen. Nur im Falle, daß das Kind tot geboren ist oder vor Ablauf von 6 Wochen stirbt, würde das Krankengeld als Unterstützung vielleicht ausreichen.

Wird die Unterstützung bei Geburten in dem von uns oben geforderten Umfang durch die Kassen gewährt, so werden voraussichtlich die Entbindungsanstalten in erhöhtem Maße in Anspruch genommen werden. In diesem Falle wäre also freie Anstaltsbehandlung und hiernach bis zum Ablauf der mit der Entbindung begonnenen 6 Wochen die Unterstützung in Höhe des Mindestlohnes zu gewähren.

Daß die Anstaltsbehandlung hygienisch-medizinisch für Frau und Kind den größten Vorteil bietet, ist erst kürzlich von v. Franqué[*]) überzeugend auseinandergesetzt; die Einleitung des Stillens, wie sie in ihnen erfolgt, würde bei Erfüllung unserer obigen Forderungen auch die Fortsetzung bis zum Ablauf der ersten 6 Wochen häufig nach sich ziehen.

Wenn die neue Reichsversicherungsordnung auf diese Weise den Anlaß zur Errichtung von neuen Entbindungsanstalten in Stadt und Land gibt — auf dem Lande, wo sie bisher fast gänzlich fehlen, wären die Entbindungsanstalten durch die Kassenentbindungen zum Teil wenigstens pekuniär gesichert —, so wäre über den Kreis der Versicherten hinaus für die ganze weibliche Bevölkerung ein großer Fortschritt erzielt.

Für Wöchnerinnen, die in der Zeit nach der Entbindung keine oder nur eine ungenügende Unterkunft für sich und ihr Kind haben, empfiehlt sich die Verpflegung in Wöchnerinnen- und Säuglingsheimen. Diese Forderung gilt hauptsächlich für die uneheliche Mutter. Denn während die Ehefrauen gewöhnlich in ihr Haus zurückkehren können, ist der Unehelichen die Rückkehr in ihre frühere Schlafstelle mit dem Kinde oft verwehrt und aus hygienischen Gründen zu verwerfen. Die Zahl der Säuglingsheime müßte also vergrößert werden; dies kann die private Wohltätigkeit nicht allein leisten. (Vgl. weiter unten!) Die Kassen würden sich darauf beschränken, solchen Heimen die Kassenunterstützung, welche sie an und für sich der Mutter zahlen, als Entschädigung zur Verfügung zu stellen. Die Verpflegungskosten, die immer weit darüber hinausgehen werden, müßten im übrigen von anderer Seite getragen werden. Auf die Möglichkeit einer von solchen Anstalten aus eingerichteten und überwachten Familienpflege, die sich billiger als die Anstaltspflege stellt, wird an anderer Stelle dieses Heftes ausführlich eingegangen. (Vgl. den Aufsatz von H. Neumann: Familienpflege für obdachlose Wöchnerinnen und ihre Kinder.) Für die zu Hause entbindenden, versicherten Frauen müßte die Kasse die Hebamme zahlen und es wäre dann aus der weiteren

*) Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 3. Bd., 1909.

8wöchige Unterstützung in Höhe des Mindestlohnes die Mutter imstande, sich und ihr Kind genügend zu verpflegen.

Die finanzielle Möglichkeit unserer Vorschläge zu erörtern, ist uns nicht möglich. Einige Schwierigkeiten sehen wir in der Durchführung der Unterstützung während der zwei letzten Schwangerschaftswochen. Nur in einer gewissen Zahl der Fälle wird die Annahme, daß nur noch 2 Wochen bis zur Entbindung fehlen, zutreffen. Zahlt die Kasse nun auch hier, wie es sachlich gerechtfertigt ist, wöchentlich die Unterstützung aus, so wird sich die Kassenleistung unfreiwillig zwar in manchen Fällen verkürzen, in mehr Fällen aber verlängern und damit vergrößern. Eine nachträgliche Auszahlung der Schwangerenunterstützung zur Zeit der Entbindung würde aber die Absicht des Gesetzgebers vereiteln und in einem solchen Falle wäre der Unterstützten gesundheitlich mehr mit der entsprechend unseren Vorschlägen erhöhten Unterstützung für Entbindung und Wochenbett, als mit der Schwangerenunterstützung gedient. Müssen wir uns in unseren Forderungen eine Beschränkung auferlegen, so würden wir dies daher lieber für die Pflege in der Schwangerschaft als bei Entbindung und Wochenbett tun.

Für Berliner Verhältnisse würde sich, wenn unseren Vorschlage entsprochen wird, die Leistung der Krankenkassen folgendermaßen stellen[1]: Bei häuslicher Entbindung auf 110 Mark; diese Summe setzt sich zusammen aus Unterstützung entsprechend dem Mindestlohn von 11·20 Mark wöchentlich während 8 Wochen und aus Entbindungskosten, an die Hebamme zu zahlen, = 20 Mark. Bei Entbindung in einer Anstalt ist die Unterstützung im ganzen mit etwa 103 bis 110 Mark anzusetzen; hiervon entfallen 30 bis 36 Mark auf Entbindung und Aufenthalt in einer Entbindungsanstalt (3 Mark täglich) während 10 Tage und auf Unterstützung für 46 Tage außerdem 73 Mark.

Zusammenfassend glauben wir, daß eine ausreichende Wöchnerinnenunterstützung nur dann geleistet wird, wenn die Kasse verpflichtet ist, die Entbindungskosten zu tragen und die Schwangeren- und Wöchnerinnenunterstützung in Höhe des durchschnittlichen, ortsüblichen Mindestlohnes zu zahlen.

Dieser Vorschlag bleibt weit hinter den Vorschlägen Anderer zurück und enthält das Minimum der Leistungen, die eine sachgemäße Durchführung des Schwangeren- und Wöchnerinnenschutzes nötig macht. Hiernach würde den §§ 232, 234 der Reichsversicherungsordnung folgende Fassung zu geben sein:

> § 232. **Der durchschnittliche Mindestlohn** ist als Wöchnerinnenunterstützung auf die Dauer von ganzen 8 Wochen vor und nach der Niederkunft an Wöchnerinnen zu gewähren, die innerhalb des letzten Jahres, vom Tage der Entbindung abgerechnet, min-

[1] Die Zahlen sind zum Teil der Arbeit von Mayet: „Die Mutterschaftsversicherung im Rahmen der sozialen Versicherungsgesetze" entnommen.

destens 6 Monate hindurch auf Grund der Reichsversicherung gegen Krankheit versichert gewesen sind. Von diesen 8 Wochen müssen mindestens 6 Wochen auf die Zeit nach der Niederkunft fallen. **Die Schwangeren- und Wöchnerinnenunterstützung ist ratenweise nach Ablauf jeder Woche zu zahlen.**

§ 243. Die Satzung kann weiblichen Versicherten, die mindestens 6 Monate der Kasse angehören, wegen einer durch Schwangerschaft verursachten Arbeitsunfähigkeit als Unterstützung den Betrag des Krankengeldes bis zur Gesamtdauer von 6 Wochen zubilligen. Sie kann auch bestimmen, daß die Dauer dieser Schwangerschaftsunterstützung um die Zeit verkürzt wird, während deren Wöchnerinnenunterstützung vor der Niederkunft gewährt wird.

Die Kasse **muß** (nicht wie in dem Entwurf „kann") die erforderlichen Hebammendienste oder Entbindungskosten in einer Anstalt frei gewähren, ebenso ärztliche Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden.

Die Hauspflege und ihre Bedeutung für Wöchnerin und Säugling.

Von Clara Birnbaum.

I. Aufgaben der Hauspflege.

Entbindung und Wochenbett bringen in jeden Haushalt Störungen und Kosten mit sich, welche bei Unbemittelten von einschneidender Bedeutung sind. Nur kaum 5 %[1]) der verheirateten Frauen Berlins haben 1908 in Anstalten oder bei Hebammen entbunden, wo sie und der Säugling die zweckdienliche Wartung und Pflege hatten. Von den 95 %, die in ihren Wohnungen entbunden wurden, lebte der weitaus größte Teil in Wohnungen von nur einer Stube mit Küche. Wenn nicht Angehörige oder mitleidige Nachbarinnen zur Hilfe bereit sind, muß hier der Ehemann, der weder von Wirtschaft noch von Wochenbett oder Säuglingspflege etwas versteht, den Haushalt und selbst die Pflege versehen; zu diesen ungünstigen Verhältnissen gesellt sich noch Arbeitsversäumnis und hierdurch etwa Verschärfung eines schon vorhandenen Notstandes.

Diesen sozialen Übelstand würdigte zuerst die private Wohltätigkeit, und sie suchte ihn nach Maßgabe ihrer Mittel zu bekämpfen. Es war Jeannette Schwerin, die im Jahre 1897 nach dem Muster des 6 Jahre vorher gegründeten Hauspflegevereins zu Frankfurt a. M. die Hauspflege in Berlin begründete.

Die Hauspflege verfolgt nach ihrer Satzung den Zweck, unbemittelten Familien Hilfe zur Aufrechterhaltung ihres Haushaltes in solcher Zeit zu gewähren, in welcher die Ehefrau, insbesondere durch Wochenbett, Krankheit oder deren Folgen, vorübergehend außerstande ist, ihrem Hauswesen vorzustehen. Zu diesem Zwecke werden gegen angemessene Bezahlung tagsüber in diese Familien Frauen entsandt, welche die Besorgung des Hauswesens statt der erkrankten Hausfrau übernehmen.

Die der Pflegerin zu leistende Vergütung wird aus den Vereinsmitteln bezahlt, soweit nicht die Familie in der Lage ist, einen Teil der Kosten zu ersetzen.

[1]) Von 41.208 ehelich geborenen Kindern im Jahre 1908 wurden in Anstalten oder bei Hebammen 2015 Kinder geboren.

Die Mittel des Vereins setzen sich aus Mitgliederbeiträgen und Zuschüssen des Magistrats und der Landesversicherungsanstalt der Stadt Berlin zusammen. Ferner tragen Behörden, Großbetriebe und Fabriken ganz oder teilweise zu den Kosten bei. Es sind zur Zeit 90 Betriebe angeschlossen, welche durch die Hauspflege ihre Arbeiter und Angestellten pflegen lassen; es bestehen unter anderem Kontrakte mit der königlichen Eisenbahndirektion, Siemens und Halske und Schultheiss. Die Gesamtzahl der Pflegen aus diesen Betrieben betrug im Jahre 1908: 895. Die erstatteten Kosten 11.396·90 Mark, d. i. 26·5 % der Gesamtkosten für Hauspflegen, welche 43.016·80 Mark im Jahre 1908 ausmachten.

Die Betriebs- und Verwaltungskosten sind unwesentlich (0·8 % der Ausgaben für Hauspflegen), da die gesamte Vereinstätigkeit ehrenamtlich geleistet wird; auch das Bureau des Vereines erfordert, im Gegensatze zu den meisten Hauspflegevereinen, keine besonderen Kosten.

Die Hauspflege hat sich in den 12 Jahren ihres Wirkens in erfreulicher Weise entwickelt, indem sie von 478 Fällen im 1. Jahre bis auf 5346 Fälle im letzten Jahre stieg, also sich mehr als verzehnfachte.

Tabelle I.

Jahr	Wochenbetten	Krankheiten	Summe
1897	212	266	478
1898	470	425	895
1899	857	769	1626
1900	1206	1122	2328
1901	1551	1426	2977
1902	1906	1886	3792
1903	2360	2045	4405
1904	2434	2300	4734
1905	2891	2375	5266
1906	3125	2197	5322
1907	3001	2325	5326
1908	2953	2393	5346

Wenn in den letzten 3 Jahren ein Stillstand in der Zahl der Fälle eingetreten ist, so bedeutet dies selbstverständlich nicht, daß die Tätigkeit des Vereines schon eine den Bedürfnissen entsprechende Höhe erreicht hätte. Vielmehr spielen hierbei wirtschaftliche Verhältnisse mit; z. B. brachte es die Arbeitslosigkeit der letzten Jahre häufig mit sich, daß von einer Hauspflege abgesehen wurde und der Mann, der ohne Verdienst zu Hause saß, dort, so gut es eben ging, seine Frau ersetzte. An dieser Stelle interessiert es besonders, daß, während in den ersten Jahren die Zahl der Krankheiten und Wochenbetten etwa gleich war, die Zahl der

Wochenbetten bereits seit 1899 überwiegt und voraussichtlich weiter ansteigen wird.

In Berlin hatten wir 1908 bei 2,022.459 Einwohnern 5346 Hauspflegefälle, d. i. 26·4 Fälle auf 10.000 Einwohner. Hiervon kamen auf Abortus 314 = 1·55 Fälle, auf Krankheiten 2079 = 10·3 Fälle und auf Wochenbetten 2953 = 14·6 Fälle auf 10.000 Einwohner. In den verschiedenen Hauspflegebezirken Berlins ist die Frequenz der Wochenbettpflegen im Verhältnis zur Seelenzahl verschieden.

Tabelle II.

Stadtgegend	Einwohner	Zahl der Wochenbetten, auf 10.000 Einwohner berechnet	In Promenten
NW.	227 182	218	9·6
W.	102 410	124	12·1
SW.	185 012	332	17·9
S.	124 382	88	7·0
SO.	199 259	297	14·9
O.	344 784	587	17·0
NO.	123 321	362	29·3
N.	608 572	961	15·8
Zentrum	75 810	6	0·8

Am geringsten ist die Frequenz im Zentrum (0·8 auf 10.000), am höchsten im Nordosten (29·3 auf 10.000). Die Gründe hierfür liegen wohl zum Teil in der verschiedenen sozialen Lage der einzelnen Stadtgegenden.

II. Organisation der Hauspflege.

Die Organisation der Hauspflege ist folgende:

Jeder der 9 Hauspflegebezirke hat eine Bezirksleiterin, der eine Anzahl von freiwilligen Mitarbeiterinnen (es sind zur Zeit 112 Frauen verschiedener Gesellschaftsklassen) zur Seite steht; diese leiten die Pflege ein und beaufsichtigen sie. Die Aufsichtsdamen wohnen im Bezirke, und ihre Adresse ist den Pflegebedürftigen bekannt. Bei ihnen suchen die Ehemänner oder Nachbarinnen der Wöchnerinnen unmittelbar nach der Entbindung eine Hauspflege nach. Es wird von der Aufsichtsdame dann eine Pflegerin beauftragt, die ihre Stelle gewöhnlich innerhalb 24 Stunden, meist jedoch in kürzerer Zeit, antritt; bald darauf, am nächsten Tage oder auch an demselben, besucht die Aufsichtsdame die Familie, um an der Hand eines Formulars ihre Verhältnisse zu ermitteln.

Nach Einsicht in die wirtschaftliche Lage bestimmt sie, wieviel Stunden am Tage die Pflegerin sich bei den Verpflegten aufzuhalten hat und erwägt, wieviel Tage die Pflege sich voraussichtlich hinziehen wird.

Sie bestimmt ferner, ob die Verpflegten dem Verein eine Zuzahlung zu den Kosten der Hauspflege zu leisten haben und ob sie der Pflegerin das Essen zu geben haben; kann die Pflegerin nicht mitessen, so bezahlt der Verein der Pflegerin ein Kostgeld. Die Aufsichtsdame zieht ferner in Betracht, ob besondere Umstände noch zu irgend welchen Maßnahmen Anlaß geben. Kurz vor Schluß der Pflege macht sie einen zweiten Besuch, um die Beendigung der Pflege einzuleiten.

Bietet eine Pflege Schwierigkeiten, denen sie nicht selbständig steuern kann, so zieht die Aufsichtsdame ihre Bezirksleiterin zu Rate; niemals darf eine Wöchnerin hilflos liegen bleiben.

Die Aufsichtsdame hat Gelegenheit, feines soziales Empfinden, klares wirtschaftliches Verständnis und armenpflegerische sowie hygienische Kenntnisse zu betätigen. Nach Verdienst, Mietszahl, Kinderzahl und besonderen zur Zeit vorhandenen Umständen bestimmt sie die Höhe der Gegenleistung der Verpflegten, im besonderen, ob die Pflegerin von der Familie oder dem Verein beköstigt werden muß.

Bei wirtschaftlicher Not setzt sie sich mit zuständigen Vereinen und Behörden in Verbindung.

Sie soll auch die Verpflegten sonst beraten; sie kann unter den hygienischen Dingen z. B. ihren Einfluß auf das Nähren geltend machen. Aus dieser Andeutung der Aufgaben, welche der Aufsichtsdame gestellt sind, geht hervor, daß sie nicht nur eine persönliche, sondern auch in mancher Beziehung fachliche Bildung besitzen muß — eine Tatsache, welche, wie überhaupt in der freiwilligen Wohlfahrtspflege, auch hier leicht verkannt werden kann. Wird auch die wesentliche Arbeit von der eingestellten Hauspflegerin geleistet, so muß man doch für ihre Leistungen die Aufsichtsdame verantwortlich machen.

Nicht nur die Kenntnis der sozialen Einrichtungen, sondern noch mehr der Grundregeln der Wochenbett- und Säuglingspflege müssen um so mehr von der leitenden Aufsichtsdame beherrscht werden, als der Hauspflegeverein als Wohlfahrtsverein nicht Wochenbettpflegerinnen, sondern nur einfache Frauen aus dem Volke zur Hauspflege einzustellen in der Lage ist, die anzuleiten und zu beaufsichtigen ihre wichtigste Aufgabe ist.

Der Verein hat einen Stamm von 350 Pflegefrauen, der zum Teil seit Jahren für ihn tätig ist. Die Pflegerin steht in keinem festen Verhältnis zum Verein. Ihre Entlohnung ist nur eine mäßige. Sie erhält 1·25 Mark für den ganzen Tag und 0·75 Mark für den halben Tag, wenn die Verpflegten ihr zu essen geben. Sind diese hierzu nicht in der Lage, so erhält sie vom Verein das Kostgeld, 0·50 Mark für den ganzen, 0·25 Mark für den halben Pflegetag.

Günstig ist bei der Hauspflegerin, daß sie derselben Volksschicht angehört wie die Verpflegten. Hierdurch kann sie sich ganz in die gegebenen Verhältnisse hineinfühlen und hineinfinden; sie begreift die Sorgen der armen Familie; sie versteht das Essen nach dem gewohnten Geschmack zuzubereiten und dabei mit dem vorhandenen Wirtschaftsgeld auszukommen.

Eine in diesem Sinne geeignete Pflegerin wird dann ihren Platz erst recht ausfüllen, wenn Schmalhans Küchenmeister ist.

Übrigens verzichten tatsächlich trotzdem manche Familien nur aus dem Grunde auf Hauspflege, weil sie nicht noch eine dritte Person in ihre gar zu ärmlichen Verhältnisse einzuweihen wünschen.

Die Hauspflegerinnen sind für die qualitative Leistung des Hauspflegevereines zu wichtig, als daß wir nicht ihre persönlichen Verhältnisse noch genauer untersuchen sollten. Es ist klar, daß sich tüchtige, junge Hausfrauen nicht um die Stelle der Hauspflegerin bewerben werden; sie finden besser bezahlte Arbeit. Es stehen daher die Hauspflegerinnen meist im vorgeschrittenem Alter; von 67 Frauen, die wir zum Zweck näherer Betrachtung beliebig herausgegriffen haben, waren über 60 Jahre 17 Frauen, zwischen 50 bis 60 : 23, zwischen 40 bis 50 : 16, zwischen 30 bis 40 Jahren nur 11 Frauen. Bedenkt man die schnelle Abnutzung der Frauen vom Arbeiterstande, so läßt sich nicht leugnen, daß man bei einer großen Zahl an dem nötigen Maße körperlicher Kraft zweifeln könnte — ein Zweifel, den bei vielen die genaue und lange persönliche Erprobung nicht berechtigt erscheinen läßt.

Die soziale Lage ist, wie nicht anders zu erwarten, eine recht bescheidene. Nur in 12 Fällen verdiente auch der Ehemann, in 6 Fällen hatte die Pflegerin eine Pension beziehungsweise Zinsen, in 7 Fällen war sie Almosen-, in 6 Fällen Pflegegeld-, in 10 Fällen Rentenempfängerin und in 26 Fällen lebte sie nur von dem Lohn der Hauspflege. Diese pekuniäre Abhängigkeit hat jedenfalls den Vorteil, daß sie in der Hauspflege fügsam und der Sache treu ergeben sind. Von 56 Pflegerinnen waren seit 1 Jahre 16, seit 2 Jahren 10, seit 3 Jahren 7, hingegen 23 länger im Dienste der Hauspflege. Es werden in jedem Jahre Prämien an die Pflegefrauen, welche 1 Jahr und länger bei der Hauspflege tätig sind, in Höhe von je 5 Mark verteilt, im letzten Jahre im ganzen 1170 Mark.

Die Ansicht, daß es erfreulich sei, nicht nur den Pflegebefohlenen eine Wohltat zu erweisen, sondern auch den Pflegerinnen einen Verdienst zu verschaffen, der diesen braven Frauen zu gönnen sei, können wir freilich nicht gutheißen. Wir haben gesehen, daß die Hauspflegefrauen arme ältere Frauen sind, deren Gesundheitszustand nicht immer ganz einwandsfrei ist, wie es auch in ihrem Alter nicht anders zu erwarten ist. Untersuchen wir einmal, wie weit sie trotzdem für die Aufgabe der Hauspflege geeignet sind! Wir schätzen es, wenn Frauen aus dem Arbeiterstande in ihrer Jugend selbst in einem geregelten Hausstand gearbeitet haben, man merkt es schnell an der Haltung des eigenen Hausstandes; insofern ist es günstig, daß von 67 Pflegerinnen 50 als Mädchen im Dienste gewesen waren; wenn von ihnen später 9 unverheiratet blieben, so wollen wir hoffen, daß sie sich die zur Wochenbett- und Säuglingspflege sonst noch nötigen Erfahrungen anderweitig erwarben.

Wir finden, daß unter den 67 Pflegefrauen 12, bevor sie Hauspflegerinnen wurden, Privatpflegerinnen waren, 1 war Kinderfrau; 8 waren Wirtschafterinnen, 15 Wäscherinnen oder Aufwärterinnen, 4 Portiers-

frauen, 4 Aufwärterinnen, 5 Näherinnen und 6 Fabrikarbeiterinnen; 13 waren ohne Beruf gewesen und wurden Pflegerinnen, weil sie den Ernährer verloren hatten.

Bei dem großen Wert, den wir auf das Stillen seitens der verpflegten Wöchnerinnen legen, sei hervorgehoben, daß von 58 verheirateten oder verheiratet gewesenen Pflegerinnen 49 ihre eigenen Kinder gestillt hatten.

Eine „Ordnung für Pflegerinnen" gibt ihre Pflichten an:

„Die Pflegerin hat alle unter gewöhnlichen Umständen der Hausfrau zukommenden Arbeiten zu verrichten. Als solche sind anzunehmen: Reinhaltung der Wohnung, Kochen der Mahlzeiten, Fortwaschen der notwendigen Wäsche, Sorge für die Reinlichkeit der Kinder, Reinhaltung und Besorgung der Kranken. Die Waschungen der Wöchnerinnen, etwaige nötige heilgehilfliche Handleistungen (Spülungen, Klistiere) bleiben Sache des ärztlichen Pflegepersonales (Hebamme und Schwester), jedoch hat sich die Pflegerin unbedingt deren Anordnungen zu fügen und die nötigen Handreichungen zu leisten. Die Arbeitszeit beträgt für den ganzen Tag 12, für den halben Tag 7 Stunden. Die Pflegerin darf die zu Pflegende nicht in einer eigenen Angelegenheit verlassen, sie darf namentlich nicht zu ihrer Mahlzeit nach Hause gehen. Wenn sie von der Familie der Verpflegten verköstigt wird, hat sie dasselbe, aber kein besseres Essen zu beanspruchen als die Familie selbst hat. Die Annahme von Trinkgeldern und Geschenken ist streng untersagt" usf.

Es kann nicht alles in Ordnungen stehen; die Pflegerin soll ihre Arbeit *gern* und voll *Interesse* tun; sie muß ihre Stadtgegend kennen, Krankenkasse, Armenvorsteher, Wöchnerinnenverein, Säuglingsfürsorgestelle ihres Bezirkes muß sie zu finden verstehen.

Daß sie in dem Sinne der „Pflegerinnenordnung" den erwähnten Anforderungen in der Regel entspricht, bedarf nicht der Erörterung.

Eine andere Frage geht dahin, wie weit die Hauspflegerin den modernen Anforderungen in der Wochenbett- und Säuglingspflege — soweit sie von *Laien* zu erfüllen sind — nachzukommen versteht. Da könnten allerdings Alter und Lebensverhältnisse der Pflegerinnen etwas stutzig machen; wir dürfen hier allerlei erwarten, was wir heute streng verbannen und verurteilen; da wird die Pflegerin gelegentlich den Schnuller einspeicheln, aus der Milchflasche kosten, schmutzige Windeln trocknen oder, was noch schlimmer ist, auf *ihre* Weise Hygiene treiben und Ratschläge erteilen. Allzu energisches Auswischen des Mundes des Säuglings, Heilung mit Zitronenwasser bei Husten, Auflegen eines Geldstückes bei hervorstehendem Nabel und ähnliche Beispiele sprechen deutliche Sprache.

Es drängt sich da die Frage auf, ob sich der Stand der Pflegefrauen durch fachgemäße Unterweisung in der Säuglings- und Wochenpflege heben läßt. Sind die Pflegerinnen überhaupt noch für Belehrung geeignet? Lassen sich die alten Anschauungen, die zum Teil vom Lande herstammen und aus ältester Volksmedizin ihren Ursprung nehmen, bei den alten Frauen noch durch moderne Ansichten verdrängen?

Wir glauben, daß eine zweckmäßige Wahl der Pflegerinnen hierin allerdings viel erreichen kann, und der Verein hat zahlreiche Frauen auch in höherem Alter, die auch nach ärztlichem Urteil aufrichtige Anerkennung verdienen.

Außerdem läßt sich aber auch die Hauspflegerin selbst leicht und ohne großen Zeit- und Geldverlust mit den leitenden Grundsätzen vertraut machen. Der Berliner Hauspflegeverein hat sich im Gegensatze zu dem Charlottenburger Verein, der seit Jahren seine Pflegerinnen für die Wochenbettpflege vorbereitet, damit begnügt, seine Pflegefrauen jährlich einmal zu einem belehrenden Vortrag zu sammeln. Das genügt aber ebensowenig wie die gelegentlichen Belehrungen, welche den Pflegefrauen in den Säuglingsfürsorgestellen von den Ärzten und Schwestern gegeben werden.

Es erscheint vielmehr geboten, die Hauspflegerinnen Berlins an praktischen Unterweisungen, „Mütterkursen", teilnehmen zu lassen, wie sie in Berlin unentgeltlich erteilt werden; sie beanspruchen nicht viel Zeit und lassen sich dem Bildungsniveau der Pflegerin anpassen. (Vgl. unten: L. Oberwarth, „Unterricht in der Säuglingspflege"[1]).

Sehr viel hängt natürlich von der Bezirksleiterin und den Aufsichtsdamen ab, welche sich ihre Pflegerinnen wählen. Man sollte daher an allererster Stelle für diese eine gewisse fachliche Ausbildung wünschen; sie würde der Aufsichtsdame in ihrer Tätigkeit eine größere Befriedigung und dem Verein ein höheres Niveau verschaffen. Auch könnte die Stellung der Aufsichtsdame gegenüber der Pflegerin und der verpflegten Familie hierdurch gewinnen.

III. Die Verhältnisse der Pfleglinge der Hauspflege.

Die Hauspflege sorgt in der Hauptmenge für den kleinen Handwerker und Arbeiter, versieht aber auch die Eheverlassene, Witwe und Ledige in geringem Umfange).

Entbindung und Wochenbett der letztgenannten gestaltet sich, soweit sie in Häuslichkeiten vor sich geht, besonders schwierig; doch befindet sich die überwiegende Mehrzahl im Kreise einer Familie, wo Wöchnerin und Kind einige Tage mit durchgehalten werden, ohne daß Hauspflege einzutreten braucht. Sofern sie alleinstanden und die Hauspflege anriefen, wurde ihre Pflege solange übernommen, bis sie zum Transport in ein Wöchnerinnenheim fähig waren. Übrigens wird von den Ledigen in Berlin die Hälfte schon jetzt in Anstalten entbunden.

In selteneren Fällen pflegt die Hauspflege auch bei besser Situierten.

Man stellt die wirtschaftliche Lage einer Familie, die Hauspflege nötig hat, am besten fest, wenn man Einkommen, Wohnungsverhältnisse und Kinderzahl berücksichtigt[2]).

---

[1]) Pflegefrauen, welche aus einem Bezirk entlassen wurden, pflegen sich in dem benachbarten zu melden und wenn man auch dort schlechte Erfahrungen mit ihnen machte, in die Vororte zu wandern. Eine Verständigung der einzelnen Hauspflegevereine in Groß-Berlin ist u. a. auch behufs Abhilfe dieses Übelstandes zu empfehlen.

[2]) Alle nachfolgenden Erhebungen sind aus 2543 Wochenpflegen des Jahres 1906 zusammengestellt. 104 Fälle des Jahres blieben unberücksichtigt.

Es zeigt sich, daß das Einkommen zwischen 0 (bei arbeitslosen Männern beziehungsweise Frauen ohne Ernährer, 12⁰/₀ aller Fälle) und 50 Mark Wochenverdienst (10 = 0·3⁰/₀ der Fälle) schwankt; am häufigsten ist, wie die folgende Tabelle zeigt, ein Verdienst von 20 bis 30 Mark.

Tabelle III.

Verdienst	Anzahl	In Prozenten
Alleinstehende Frauen	69	8
Arbeitslose	241	9
Bis 10 Mark	26	1
„ 15 „	66	2
„ 20 „	394	14
„ 25 „	1057	37
„ 30 „	727	25
„ 50 „	269	9
	2849	100

Die größte Zahl der Familien hatte eine Wohnung von 1 Stube und Küche (82·8⁰/₀); 2 Stuben und Küche hatten 11·5, und mit einem Raume mußten sich 5·7⁰/₀ begnügen.

Tabelle IV.

Es hatten	1 Raum	Stube und Küche	2 Stuben und Küche	Summe
Arbeitslose	21	212	8	241
alleinstehende Frauen	17	50	2	69
bis 15 Mark Verdienst	15	73	4	92
„ 20 „ „	37	342	15	394
„ 25 „ „	47	967	43	1057
„ 30 „ „	25	590	112	727
„ 40 „ „	1	118	123	242
„ 50 „ „	—	7	20	27
	163	2359	327	2849

Die monatliche Ausgabe für Miete deckt sich gewöhnlich mit einem Wochenverdienste des Mannes.

Die Kinderzahl betrug in mehr als ²/₃ der Fälle (1977) 1 bis 3 Kinder. 4 bis 6 Kinder hatten 792 Familien und mehr (bis 10 Kinder) 80 Familien. (Es wurden nur die Kinder unter 14 Jahren gezählt.)

Bei dem Interesse, das sich zur Erfassung der ökonomischen Verhältnisse des Arbeiterstandes neuerdings den Haushaltungskosten zuwendet, dürfen wir vielleicht darauf aufmerksam machen, daß der Hauspflegeverein in dieser Richtung eine gute Auskunft geben kann. Wir wählen als Beispiel einen Arbeiter mit einem Einkommen von 25 Mark, wie er uns bei der Hauspflege am häufigsten entgegentritt. Die Kinderzahl ist mit 2 oder 3 Kindern angenommen. Sorgfältige, nicht schematische Nachfragen ergaben ein Defizit, wie es auch in anderweitigen Untersuchungen zutage getreten ist. Die Wochenausgaben setzen sich aus folgenden Posten zusammen:

Anlage 5.

1·10	Holz, Kohlen
1·40	Milch
1·40	Weißbrot
1·35	3 Brote
2·80	$3^1/_2$ Pfund Fleisch
1·70	Aufschnitt
0·45	Zucker
0·50	Vorkost (Mehl, Reis)
1·20	Gemüse
0·70	Kartoffeln
0·30	Eier
0·30	Seife, Soda
0·18	Petroleum
0·30	Fett
1·05	Schmalz
0·60	Butter
0·40	Kaffee, Zichorie
6·00	Miete
2·00	Kleidung
1·20	der Mann unterwegs
0·30	Versicherungen
25·23	Mark

Nicht inbegriffen sind Genußmittel wie Obst und Bier, auch sind nicht berücksichtigt die bei unseren Familien oft geschuldeten Abzahlungen für Möbel, Nähmaschinen u. dgl., sowie Extraausgaben, wie es bei dem Wochenbette z. B. die Kosten für die Hebamme sind.

Wenn so gekocht wird, wie in obiger Anlage angesetzt ist, kann die Beköstigung der Pflegerin außer Ansatz bleiben, da die Wöchnerin in den ersten Tagen weniger Speisen zu sich nimmt als sonst. Zuzahlungen der Verpflegten zu den Kosten der Hauspflege erscheinen jedoch mißlich, da nicht gespart werden konnte und die Hebamme ihr Honorar fordert.

Auch außerhalb des Wochenbettes kann nicht auf eine Erhöhung des Einkommens aus der Mitarbeit der Frau gerechnet werden, da nur

454 = 15·2% der Frauen mitverdienten. Schon die größere Kinderzahl hinderte es.

Tabelle VI.

Verpflegte Parteien	Überhaupt	Pflege unentgeltlich	Die Parteien beköstigten und zahlten bar	Die Parteien beköstigten die Pflegerin
Alleinstehende Frauen	69	46	1	22
Arbeitslose Frauen	241	148	16	77
Bis 15 Mark Verdienst	92	15	10	67
„ 20 „ „	294	55	125	114
„ 25 „ „	1057	121	572	364
„ 30 „ „	727	96	505	126
„ 50 „ „	369	8	271	90
	2849	499	1530	820

Tabelle 6 zeigt, daß 1530 = 54% der Verpflegten Zuzahlungen zu den Kosten der Hauspflege in Höhe von 0·20 bis 1 Mark pro Tag leisteten, während 29% nur die Kost für die Pflegefrau stellten. Bei dem geringen Einkommen ist aber eine solche Zuzahlung oft schwierig: entweder müssen die nötigsten Lebensbedürfnisse noch mehr eingeschränkt oder Schulden gemacht werden oder — die Pflegeparteien müssen dafür gleichzeitig von anderen Vereinen unterstützt werden. Es scheint allerdings den Leuten die Hauspflege so wertvoll, daß sie auf die eine oder andere Art die Zuzahlung ermöglichen. Immerhin sollte man zu den Kosten der Hauspflege überhaupt erst von einem bestimmten Einkommen an eine Leistung fordern; haben doch von den Parteien, die ohne Arbeit waren oder höchstens 15 Mark in der Woche verdienten, im Jahre 1908 noch 41% etwas zugezahlt; unter ihnen waren 43% mit 4 und mehr Kindern im Hause und selbst von diesen zahlten noch 37%.

Allerdings gewinnen diese Zahlen ein anderes Gesicht, wenn man berücksichtigt, daß in dieser Verdienstgruppe nur 7% einen Beitrag in Geld erstatteten und 34% einfach die Pflegefrau mitessen ließen. Da die Pflegerin das Essen bereitet und sich aus dem Hause womöglich nicht entfernen soll, so ist diese Leistung in den Verhältnissen gegeben. Im ganzen beschränkten sich die Verpflegten auf die Beköstigung der Pflegefrau in 820 = 28·8% aller Fälle.

Wenn die Hausfrau durch Wochenbett arbeitsunfähig ist und daher Hauspflege in Anspruch nimmt, muß ihr eine Unterstützung auf Grund der Krankenkassenversicherung von großem Wert sein. Leider zeigt Tabelle 7, daß unter den ärmsten Verhältnissen die mitverdienende Frau besonders selten in der Kasse ist, während die besser Situierten, die oft gar nicht arbeiten, verhältnismäßig oft zwangsweise oder freiwillig versichert sind.

Tabelle VII.

Verdienst des Mannes	Arbeit ohne Kassenangehörigkeit	In Proz.	Arbeit und Kassenangehörigkeit	In Proz.	Kassenangehörigkeit ohne Arbeit im Haus	In Proz.	Summe
arbeitslos bis 10 Mark	39	38	27	23	15	15	101
„ 20 „	87	61	37	26	28	21	142
„ 25 „	99	43	73	32	57	25	229
„ 30 „	39	28	37	26	65	46	141
mehr als 30 M.	14	39	2	6	20	55	36
	278		176		185		639

IV. Bedeutung der Hauspflege und ihr Erfolg.

Wir werden nun die Hauspflege nach der Ausdehnung und dem Erfolg ihrer Tätigkeit zu würdigen versuchen.

Von 41.215 ehelichen Geburten im Jahre 1908, die in Privatwohnungen erfolgten, verpflegte die Hauspflege 2849 = 7 %, also jedenfalls nur einen kleinen Teil der Familien, welche ihrer bedürftig wären, selbst wenn wir annehmen, daß ein großer Teil der Wöchnerinnen von ihren Angehörigen, ein kleinerer von Wochenpflegerinnen versorgt wird. 981 = 34 % aller Fälle sind von Hebammen überwiesen. Die Überwiesenen sind hier vor allem die Arbeitslosen mit 111 = 16 % und solche mit einem Einkommen über 35 Mark 118 = 44 % aller in dieser Verdienstklasse Verpflegten. Verdienstsätze zwischen 20 bis 30 Mark sind mit 31 % vertreten. Ferner wurde Hauspflege unmittelbar in der gleichen Zahl der Fälle erbeten, und zwar wurde zum 2., 3., 4. und 5. Mal in 170 = 6 % aller Fälle gepflegt. Die Gemeindeschwestern in ihrer Eigenschaft als Verteilerinnen der Wochensuppen kommen mit 167 = 6 % in Betracht. Vorläufig veranlaßten die Großbetriebe für ihre Arbeiterfamilien noch recht selten (13 %) die Einstellung einer Hauspflege. Auffallend ist es auch, wie gering die Beteiligung der Wohlfahrtsvereine (Wöchnerinnenverein ausgenommen) und der Säuglingsfürsorgestellen ist.

Für den Tag der Entbindung selbst wird die Pflegerin gewöhnlich noch nicht gefordert, weil der Mann an diesem Tage nicht zur Arbeit zu gehen pflegt. Nur in 17 % der Fälle wurde die Pflegerin am Tage vor der Entbindung oder am Entbindungstage eingestellt. In 52 % wurde die Hauspflege zum Tage nach der Entbindung und in 31 % später gefordert. In letzterem Falle waren in den ersten Tagen noch Angehörige zur Hand gewesen.

Bei einem normalen Wochenbett liegen unsere Wöchnerinnen im allgemeinen 7 Tage und schonen sich noch eine weitere Woche. Die Haus-

pflege bleibt solange bei der Verpflegten, wie sie im Bett liegt; später sind gewöhnlich Angehörige oder Nachbarn bereit, der Wöchnerin beizustehen. Auch am Sonntag ist die Pflegefrau nicht nötig, wenn der Mann zu Hause ist. In Übereinstimmung hiermit wurde in fast $^2/_3$ aller Fälle mit 64 % 5 bis 8 Tage lang gepflegt (Sonntag ausgeschlossen).

Tabelle VIII.

Dauer der Pflege	Gesunde Frauen	In Proz.	Frauen vor der Entbindung krank	In Proz.	Frauen nach der Entbindung krank	In Proz.	Überhaupt	In Proz.
1 bis 4 Tage	281	12	10	5	6	2	297	10
5 „ 8 „	1622	69	138	65	88	29	1848	64
9 „ 36 „	431	19	65	30	208	69	704	25
	2334	100	213	100	302	100	2849	100

Von den Wöchnerinnen wurden 2334 = 82 % der Fälle als gesund bezeichnet.

213 = 7 % aller Fälle waren schon vor der Entbindung krank; bei ihnen verlängert sich, wie die Tabelle zeigt, die Pflegedauer schon erheblich, und noch mehr ist dies der Fall, wo die Frauen im Wochenbett erkrankten. Man kann hiernach erkennen, daß von einem Schema abgesehen wird und die Dauer der Pflege nach dem Bedürfnis bemessen wird.

Es erkrankten im Wochenbett 302 = 10·7 % aller Entbundenen. Es starb bei der Geburt 1 Frau, im Wochenbett starben 4 Frauen = 0·14 % aller Entbundenen. v. Franqué schätzt in der häuslichen Praxis die Zahl der schweren Wochenbetterkrankungen auf mindestens 6 %, die Zahl der leichteren Erkrankungen auf mindestens 20 %[1]. Es dürften also in dieser wichtigen Hinsicht die Verhältnisse nicht ungünstig liegen — was allerdings vielleicht mehr auf Rechnung der Hebammen als der Pflegerinnen gehen würde.

Wenn die Wöchnerin aufgestanden ist, wird ihr in den folgenden 2 Wochen, falls sie selbst oder Angehörige dazu nicht in der Lage sind, die Wäsche von der Hauspflege gewaschen.

Über die Neugeborenen fließen leider die Auskünfte spärlich. Wir sehen von den Totgeborenen ab. Es starben von den Neugeborenen während der Dauer der Hauspflege 40, und zwar:

Tag	1.	2.	3.	4.	5.	8.	14.
Kinder	19	9	5	1	4	1	1

Es starben also in den ersten 5 Tagen wohl meist durch angeborene oder bei der Geburt erworbene Schädigung von 2841 lebend geborenen Kindern 38 = 1·3 %, verglichen mit den Angaben v. Franqués eine sehr günstige Zahl (in Preußen entsprechend 5·4 %).

[1] Verhandlungen des I. deutschen Kongresses für Säuglingsschutz. S. 58.

In Anerkennung der großen Bedeutung der **Nährfrage** wurde im 1. Vierteljahre des Jahres 1908 die Frage „Nährt die Frau?“ auf die Aufnahmeformulare der Hauspflege gesetzt. Der Wert der Frage ist ein doppelter: 1. trägt er zur Darstellung der hygienischen Bedeutung unseres Vereins bei, 2. aber, und das ist wichtiger, zwingt er die Aufsichtsdame, diese Frage mit der Wöchnerin zu erörtern und dient auf diese Weise der Stillpropaganda.

Von 1591 Wöchnerinnen stillten 1294 = 81·3%. Allerdings erstreckt sich dieser Prozentsatz nur auf die kurze Spanne der ersten 8 Tage. Wenn die Hebammen Frauen überwiesen hatten, wurde häufiger genährt als sonst (83% gegenüber 79·5% der von anderer Seite Überwiesenen).

Welchen Einfluß **Krankheit** vor und nach der Entbindung hat, zeigt folgende Darstellung.

Von	Gesamtzahl	nährten	Prozent
vorher kranken Wöchnerinnen	107	72	67·3
im Wochenbett erkrankten Wöchnerinnen	163	120	73·6
gesunden Wöchnerinnen	1321	1102	83·4
	1591	1294	81·3

Von den 451 Frauen, welche neben dem Manne **mitarbeiteten**, wurden über das Nähren 259 befragt. Es zeigt sich, daß von ihnen 217 = 83·8% nährten und 42 = 16·2% nicht nährten. Die Erklärung hierfür ist darin zu suchen, daß diese Frauen in der Mehrzahl der ärmsten Volksklasse angehören, welche während des Wochenbettes unterstützt wird und mit der Säuglingsfürsorge in Verbindung steht; vielleicht spricht hier auch die Billigkeitsfrage der Muttermilch mit. Beachtenswert ist auch der Unterschied zwischen denjenigen, welche im Hause, und denen, die außer dem Hause arbeiteten.

Tabelle IX.

Verdienst des Mannes	Die Frau arbeitet im Hause	Hiervon nährten	Die Frau arbeitet außer dem Hause	Hiervon nährten
arbeitslos oder bis 15 Mark	32	28	14	12
„ 25 „	101	89	35	26
„ 35 „	46	38	7	5
„ 50 „	4	3	—	—
Alleinstehende Frauen	8	7	12	9
	191	165 = 86·4%	68	52 = 76·5%

Man sieht hier, wie auch sonst so oft, daß die Aussicht, außer dem Hause tätig sein zu müssen, von vornherein einen gewissen Einfluß

darauf übt, ob das Kind überhaupt erst angelegt wird. Andrerseits nährt auch von denen, die später außer dem Hause arbeiten gehen, doch noch eine erhebliche Zahl — eine Tatsache, die im Hinblicke auf Gewerbeordnung und Wöchnerinnenversicherung erkennen läßt, wie leicht sich von seiten der Mütter 6 Wochen lang dem Neugeborenen die Brust erhalten ließe.

Schließlich wenden wir uns noch einem wichtigen Punkt in der Tätigkeit des Hauspflegevereines zu — der Vermittlung von Hilfe.

Hauspflege ohne Pflegemittel auszuüben, ist eine traurige Aufgabe; wenn die Pflegerin z. B. zum Kochen kaum etwas vorfindet, nützt ihre Anwesenheit der Wöchnerin und der Familie nur wenig. Daher sehen wir schon bei der Gründung des Vereines das Bestreben, mit denjenigen Vereinen zusammenzuarbeiten, welche Unterstützung in Form von Stärkungsmitteln und Geld gewähren. 1899 entstand hieraus die „Vereinigte Fürsorge für Kranke und Wöchnerinnen", an welcher zur Zeit 11 Vereine beteiligt sind. Zweck der Vereinigung ist, möglichst schleunige gegenseitige Überweisung und Unterstützung bei Bedürftigkeit.

Ebenso intensiv, wenn auch ohne feste Verbindung, arbeitet der Hauspflegeverein zusammen mit der Armenverwaltung und den Säuglingsfürsorgestellen der Stadt Berlin.

Trotz besten Willens von jeder Seite kommt es freilich häufig vor, daß die Hilfsquellen nicht so schnell oder ergiebig fließen, wie es für den Augenblick notwendig ist. Für solche Fälle besitzt jede Bezirksleiterin eine kleine Kasse zur Bewilligung der notwendigsten Bedürfnisse.

Auch über einen Wäschefonds (besonders Bett- und Säuglingswäsche) wird verfügt.

In 38% aller Fälle verlangte die wirtschaftliche Lage der Familien Unterstützungen, die durch die Hauspflege zum Teil gleichzeitig von seiten verschiedener Vereine veranlaßt wurde. Es lassen sich bei großer Bedrängnis 8 Unterstützungsquellen nachweisen, woraus am besten der Nutzen und die Notwendigkeit des einheitlichen Vorgehens erhellt.

Bei 1847 Unterstützungen unterstützten:

712 mal = 39% der Wöchnerinnenverein,
87 „ = 5% der Verein für häusliche Gesundheitspflege,
163 „ = 9% die Armenverwaltung Berlin,
279 „ = 15% die Hauspflege mit Lebensmitteln, Milch oder Wäsche,
583 „ = 31% die Säuglingsfürsorgestellen,
23 „ = 1% verschiedene Vereine.

In 188 = 13% der Fälle leisteten auf der anderen Seite die gleichen Verpflegten eine bare Zuzahlung zu den Kosten der Hauspflege. Wir äußerten uns schon oben hierüber; man sollte in Zukunft vermeiden, was man mit der einen Hand gibt, mit der andern zu nehmen.

Von besonderem Interesse ist das Zusammenwirken der Hauspflege und der Säuglingsfürsorgestellen.

Die Einleitung der natürlichen Ernährung, auf die von ärztlicher Seite das größte Gewicht gelegt werden muß, hängt oft von geeigneter Pflege und Belehrung der Wöchnerin in der ersten Zeit des Wochenbettes ab. Kann für die Pflege die Hauspflege schon ein wesentliches Verdienst in Anspruch nehmen, so ist die Säuglingsfürsorgestelle ihrerseits in der Lage, mit Geld und Naturalien noch weiter die Pflege zu verbessern. Diese Unterstützungen werden bei stillfähigen Müttern mit der Bedingung des Stillens verknüpft und wirken nicht nur unmittelbar auf den Gesundheitszustand der Wöchnerin gut ein, sondern stärken außerdem zusammen mit der beratenden Tätigkeit der Säuglingsfürsorgestellen auch in hohem Maße den guten Willen zum Säugen. Ferner kann die Wöchnerin auch nach der Beendigung der Hauspflege dauernd weiter von der Säuglingsfürsorgestelle unterstützt und belehrt werden.

Es war schon erwähnt, daß in fast $^1/_4$ der Fälle die verpflegten Wöchnerinnen den Säuglingsfürsorgestellen zugeführt werden. Diese Zahl ließe sich zweifellos zum Nutzen der Wöchnerinnen noch erhöhen; es schwanken die Zuweisungen an die einzelnen Säuglingsfürsorgestellen in außerordentlicher Breite. Wenn aber zwei zur Durchführung ihrer gemeinnützigen Interessen auf einander angewiesenen Einrichtungen in den einzelnen Stadtgegenden so verschieden funktionieren, so muß dies als eine ernste Mahnung aufgefaßt werden, in dieser Hinsicht eine noch engere Verbindung zu knüpfen.

Es werden zwar die besser gestellten Pflegeparteien für eine Unterstützung durch die Säuglingsfürsorgestellen nicht in Betracht kommen; aber trotzdem werden sie unter Umständen zunächst einen Rat für die Pflege des Neugeborenen nicht ohne Nutzen entgegennehmen. Für die Unbemittelten können die Säuglingsfürsorgestellen in jeder Richtung segensreich wirken.

Es mag hier auch erwähnt werden, wie weit die Säuglingsfürsorgestellen bei der Erfüllung ihrer Aufgabe bisher von der Hauspflege abhängen[1]. Nehmen wir aus der Säuglingsfürsorgestelle I die Säuglinge, die im 1. Monat eintreten, so ist bei fast $^1/_4$ (23·5%) von ihnen die Überweisung durch die Hauspflege erfolgt. Von 100 solchen aus der Hauspflege stammenden Kindern wurden von Geburt an ernährt: mit Brust 93, Brust und Flasche 2 und nur mit Flasche 5. Nur 3 von diesen 100 Parteien wurden nicht unterstützt; die 97 unterstützten Mütter bekamen 75mal Stillunterstützung, 11mal sowohl diese als auch nach der Entwöhnung noch Säuglingsmilch und schließlich 11mal nur Säuglingsmilch, da sie nicht genügend oder nicht mehr stillen konnten.

Sehr lehrreich ist die Dauer der Fürsorge: Von den schon beim Eintritt künstlich Genährten kamen 2 nur bis $^1/_2$ Monat, 3 bis höchstens 1 Monat — entsprechend einer allgemeinen Erfahrung also nur kürzere

[1] Nach Mitteilung aus der Säuglingsfürsorgestelle I.

Zeit. Es blieben von den 95 gestillten Säuglingen 19 nur bis 14 Tage — d. h. sie nahmen nur die ins Haus gebrachte Unterstützung an oder ließen sich höchstens *einmal* sehen. ½ bis 3 Monate blieben in der Säuglingsfürsorgestelle 14, hingegen bis 6 Monate 18, bis 9 Monate 26, bis zu 1 Jahr 18.

Diese verhältnismäßig lange Inanspruchnahme der Säuglingsfürsorgestelle beweist, *daß ein großer Teil der von der Hauspflege überwiesenen Frauen im höchsten Grade bedürftig und für die Unterstützung auch sonst geeignet war*; der beste Beweis, daß die gemeinsame Arbeit von Hauspflege und Säuglingsfürsorgestellen für die Wohlfahrt der arbeitenden Klassen segensreich ist.

Von den erwähnten 5 künstlich genährten Säuglingen starben 2, von den 95 Brustkindern 7. Hierbei ist zu bemerken, daß eine Anzahl der Kinder, die an der Brust eintraten, zum Teil bei der Entlassung künstlich ernährt wurden. Reine Brustkinder wurden:

Lebenszeit	im ganzen	entlassen bei		
		Brust	Brust und Flasche	Flasche
bis ½ Monat	19	17	—	2
½ „ 3 Monate	14	13	—	1
„ 6 „	18	24	1	3
„ 9 „	25	9	5	11
„ 12 „	17	10	5	2

V. Schluß.

Diese ausführliche Schilderung der Tätigkeit des Berliner Hauspflegevereines läßt erkennen, daß er ein wertvoller und geradezu unentbehrlicher Teil der Wohlfahrtspflege ist. Allerdings bedarf er noch der Erweiterung und des Ausbaues, um einen möglichst großen Nutzen für die Volksgesundheit zu schaffen.

Wenn wir einen weiteren Ausbau wünschen, so denken wir an eine gewisse fachliche Ausbildung der ehrenamtlich tätigen Damen und der Hauspflegerinnen; vielleicht lassen sich die letzteren auch durch höhere Anforderungen an körperliche Kräfte und an Bildung unter Erhöhung der Besoldung weiterheben. Dieser Wunsch gilt auch, außer für Charlottenburg, für die übrigen Orte von Groß-Berlin.

Bisher finden wir in Groß-Berlin außer in Berlin selbst erst Hauspflegevereine in Charlottenburg, Schöneberg, Boxhagen-Rummelsburg, Lichtenberg und Pankow. Da wo sie fehlt, wird ihr Mangel schwer empfunden, z. B. in Rixdorf und Weißensee.

In ganz Deutschland besitzen 38 größere und große Städte Hauspflegevereine, die sich 1908 in Frankfurt a. M., der Gründungsstätte der

deutschen Hauspflege, zu einem „Hauspflegeverbande“ mit folgendem Ziele vereinigten.

„Beförderung der Bestrebungen, die auf die Durchführung der Hauspflege in allen Bedarfsfällen sowie darauf gerichtet sind, daß die Organisation der Hauspflege nicht ausschließlich der Armenpflege und Wohltätigkeit überlassen bleibt, sondern als Teil der der Allgemeinheit obliegenden sozialen Fürsorge anerkannt wird. Insbesondere wird der Verband dafür eintreten, daß die Leistungen der Hauspflege als Teil der Aufgaben der Krankenversicherung, der Unfallversicherung, der Arbeiterfürsorge und ähnlicher Institutionen anerkannt wird“.

Da wir der großen Masse der Bevölkerung bisher keine vollkommene Wochenbettpflege bieten können, so müssen wir die Forderungen des Hauspflegeverbandes für durchaus berechtigt halten.



Über den Wert von Merkblättern in der Säuglingsfürsorge.

Von Dr. Ernst Michaelis, Assistenzarzt der Säuglingsfürsorgestelle I.

Im letzten Jahrzehnt hat es sich immer mehr eingebürgert, für die Allgemeinheit, speziell für die ärmeren Bevölkerungsschichten wichtige ärztliche Belehrungen und Aufklärungen in gedruckter Form zu verteilen, um dadurch die Wohlfahrtspflege zu fördern. Wie weit von dem gedruckten Wort ein Erfolg zu erwarten ist, hat man bisher unseres Wissens niemals zahlenmäßig festzustellen versucht. Insofern ist vielleicht die folgende kleine Nachforschung nicht ohne Interesse.

Es wird seit dem Jahre 1905 seitens der Stadt Berlin ein „Merkblatt" verteilt, das Ratschläge für Mütter zur Ernährung und Pflege der Säuglinge enthält. In dem 1. Abschnitt des Merkblattes wird den Müttern dringend ans Herz gelegt, ihre Kinder selbst zu stillen, wenigstens so lange als irgend möglich. Der 2. Abschnitt behandelt die Ernährung mit Kuhmilch im allgemeinen und besonderen. Auf der Rückseite des Blattes befindet sich ein ausführlicher Artikel über die Augenentzündung der Neugeborenen. Von ihm sehe ich hier ab, da uns in erster Linie die Ratschläge bezüglich der Ernährung interessieren.

Mit letzteren wird man wohl einverstanden sein. Die Einzelheiten werden zu Ausstellungen nur insoweit veranlassen, als die Schulmeinungen über sie auseinandergehen. Vielleicht könnte man fürchten, daß die ausführliche Schilderung der künstlichen Ernährung die Wahl der Brust beeinträchtigen könnte. Nach dem Ausfall unserer Nachfragen scheint dies aber nicht der Fall zu sein.

Es wird nun das Merkblatt bei der Geburtsanmeldung vom Standesbeamten dem Meldenden eingehändigt. Der Umstand, daß das Blatt den Müttern, welche die Säuglingsfürsorgestelle aufsuchen, ein zweitesmal übergeben wird, gab uns nun Veranlassung, bei dieser Gelegenheit zu untersuchen, welchen Wert die erste Zustellung gehabt hatte. Es wurde den Frauen, die zum erstenmal die Säuglingsfürsorgestelle aufsuchten, das Blatt von mir mit der Weisung in die Hand gegeben, es mitzunehmen und sich zu Hause genau durchzulesen. Um jede Rücksicht auf das Gedächtnis der Frau zu nehmen, wählte ich nur solche Frauen, deren Kind noch im

1. Lebensmonate stand. Hier durfte man erwarten, daß sie sofort erkannten, daß sie das gleiche Blatt schon nach der Entbindung bekommen hatten und daß sie sich seines Inhaltes — wenn sie es überhaupt gelesen hatten — noch erinnerten. Nahmen die Frauen ohne sofortige Gegenäußerung das Blatt an sich, so fragte ich, ob sie vielleicht solch ein Blatt schon hätten, und erfuhr nunmehr durch vorsichtige Fragestellung Genaueres.

Ich schloß die unehelichen Mütter aus, da ein großer Prozentsatz davon klinisch entbunden war und infolgedessen das Merkblatt nicht hatte bekommen können.

Die Untersuchung, die sich auf 100 beliebige, zufällig erschienene Fälle erstreckte, ergab nun zahlenmäßig folgendes:

I. 33 Frauen, also ein Drittel, wußten nichts von dem Merkblatt und kannten es nicht. Es läßt sich nicht feststellen, ob die das Kind auf dem Standesamt anmeldende Person, meistens der Ehemann, das Blatt nicht nach Hause brachte oder ob es ihm gar nicht übergeben war. Von diesen 33 Frauen gaben 30 die Brust, 1 Brust und Flasche, 2 Flasche. Etwa 1/3 dieser 33 Mütter gab den Kindern zu häufig oder falsch Nahrung, die übrigen 2/3 verabreichten sie offenbar in sachgemäßer Weise.

II. 8 Frauen sagten, sie hätten zwar diesmal das Merkblatt nicht vom Standesamt bekommen, sie hätten es aber bei früheren Geburten schon erhalten und von seinem Inhalt Kenntnis genommen. 4 besaßen es jetzt noch, teils vom Standesamt, teils von einer Säuglingsfürsorgestelle her; 3, die es von uns früher erhalten hatten, besaßen es nicht mehr; eine wußte nicht, ob sie es noch hatte. 2 von diesen 8 gaben die Nahrung unrichtig.

III. 59 Frauen gaben an, sie hätten das Merkblatt vom Standesamt bei der Anmeldung dieses letzten Kindes erhalten. Eine Polin konnte nicht deutsch lesen, hatte es aber den Mann lesen lassen. Eine Frau wußte nicht, ob sie es noch besäße; sie hätte es aber gelesen. Die anderen 57 Frauen behaupteten, das Blatt gelesen und aufgehoben zu haben. Alle diese außer einer wußten über den Inhalt des Blattes gut Auskunft zu geben.

Von diesen 59 Müttern gaben

a) 4 die Flasche; sie sagten, sie wären „zu schwach" gewesen, um die Brust zu geben, oder sie hätten keine Nahrung in der Brust gehabt;

b) 2 gaben die Brust zu häufig, trotzdem sie das Merkblatt gelesen haben wollten, ebenso eine Frau, die Brust mit Flasche gab.

c) Die übrigen 52 beobachteten allem Anschein nach die Vorschriften des Merkblattes. 3 von diesen gaben Brust mit Flasche nach der Vorschrift, 49 gaben nur die Brust. 2 von den letztgenannten teilten mir mit, sie kämen, nachdem sie das Blatt gelesen hätten, unseres Rates wegen her. 5 hatten, wie sie erzählten, das Blatt schon früher bekommen und hatten mehrere davon zu Hause. Eine sehr verständige Frau sagte mir

auf meine Frage nach dem Blatt, sie habe es gelesen und selbstverständlich aufgehoben, „man kann's doch leicht brauchen, wenn man mal die Flasche geben muß".

Die Kinder des 1. Monates, die in die Säuglingsfürsorgestelle gebracht werden, sind meistens an der Brust. Um ein Urteil darüber zu gewinnen, welchen Einfluß das Merkblatt auf die Ernährung hatte, erkundigte ich mich nach dem Vorbild von H. Neumann bei Müttern mit mehreren Kindern nach der Ernährungsart der früheren Kinder. Daraus ergibt sich folgendes:

Die stillenden Mütter aus der Rubrik III, die ich hiernach fragte, 21 an der Zahl, hatten zum größten Teil (18) auch ihre früheren Kinder mehr oder weniger lange Zeit gestillt; ziemlich oft wurden mir Zahlen von 8 bis 10 Monaten angegeben. Nur wenige (3) sind darunter, die früheren Kindern die Flasche gegeben hatten. Es war also eine Ausnahme, wenn z. B. eine Frau alle früheren Kinder künstlich ernährt hatte und, weil sie alle dabei Darmkatarrh gehabt hätten, dem letzten Kinde die Brust gab. Eine Mutter, die jetzt Flasche gab, hatte auch dem vorigen Kind nur Flasche gegeben.

Von 16 Frauen aus Rubrik I (die also das Merkblatt nicht gelesen hatten) habe ich ebenfalls über die Ernährung Angaben bekommen. Von ihnen hatten 2 Mütter, die jetzt Flasche oder Brust und Flasche gaben, es früher auch so gemacht. Von den 14 stillenden Müttern, von denen ich über diesen Punkt Auskunft erhielt, hatten 9 auch ihre vorigen Kinder kürzere oder längere Zeit gestillt, eine stillte alle Kinder nur wenige Wochen. Von den übrigen 4 Frauen hatte eine ihr 1. Kind mit der Flasche, die nächsten 5 mit der Brust aufgezogen, eine hatte den ersten 3 Kindern Flasche, dem letzten Brust gegeben, und 2 hatten früher von Anfang an die Flasche oder nur ganz kurze Zeit die Brust gegeben.

Das Ergebnis unserer Nachfrage läßt sich also in folgendem Sinne zusammenfassen:

Fast $^2/_3$ sämtlicher Mütter (65 %) liest das Merkblatt. Schaden stiftet es durch mißverständliche Auffassung seines Inhaltes auf keinen Fall.

Bei der großen Mehrzahl der Mütter, die das Merkblatt erhalten haben, hat es wohl einigermaßen seinen Zweck erfüllt, indem sie sich in der Methode der Ernährung (Häufigkeit der Mahlzeiten, Milchmischungen usw.) danach gerichtet haben. Falsche, besonders zu häufige Ernährung sehen wir bei weitem öfter seitens der Frauen, die von dem Blatte nichts wußten und die Ernährung ohne Anleitung durchführten. Von diesen Frauen ernährten etwa 38 % die Kinder unrichtig, von denen, die das Merkblatt besaßen oder besessen hatten, viel weniger, etwa 8,5 %. Das ist ein entschiedener Erfolg durch das Blatt. Leider ist die Zahl der befragten Frauen, die Flasche gaben, nicht groß. Die Brusternährung scheint durch das Merkblatt nicht wesentlich gefördert zu werden; wenigstens ernähren die Frauen mit mehreren Kindern in der Regel in der einmal gewohnten Weise. Möchte die stil-

lende Mutter das Merkblatt gelesen haben oder nicht, so hatte doch immer nur in $^1/_3$ der Fälle das jetzige Kind die Brust bekommen, während das vorhergehende gepäppelt war; und selbst hier bleibt es zweifelhaft, wie weit der Übergang oder die Rückkehr zur Brustnahrung auf das Merkblatt zurückzuführen war. Daß das Merkblatt den Frauen bei ihrem 1. Kind maßgeblicher erscheint, wäre denkbar, doch läßt sich dies nicht beweisen.

Schließlich sei ausdrücklich bemerkt, daß wir aus dieser Feststellung keine verallgemeinernden Schlüsse über den Wert von Merkblättern ziehen wollen. Die Verhältnisse sind natürlich an verschiedenen Orten verschieden; vielfach jedenfalls ungünstiger als in Berlin, wo man bei bescheidener Anforderung einigermaßen mit dem Erfolge zufrieden sein könnte. Sicher ist aber rechtzeitige mündliche Belehrung immer unvergleichlich nützlicher.

Unterricht in Säuglingspflege.

Von Lillie Oberwarth.

Es ist unbestreitbar, daß zu einer gedeihlichen Säuglingspflege eine gewisse Summe positiver Kenntnisse erforderlich ist und ebenso sicher ist es, daß in der von Mutter auf Tochter oder von Freundin auf Freundin fortgepflanzten Tradition diese Kenntnisse gemeinhin nicht figurieren. Selbst, wie in letzter Zeit vielfach betont wurde, die prädestinierten Beraterinnen junger Mütter, die Hebammen, pflegen bei ihrem jetzigen Bildungsgang das erforderliche Maß von Wissen auf diesem Gebiete nicht zu besitzen. Es schützt aber oft der beste Wille kenntnislose Mütter nicht vor den verhängnisvollsten Fehlern. Also muß für diese oft wissensdurstigen Frauen eine bequeme Gelegenheit geschaffen werden, wo sie sich die erforderlichen Kenntnisse erwerben können.

Daß das gedruckte Wort, sei es in Form von Merkblättern oder in der von Leitfäden, *allein* nicht ausreicht, ist durch die Bildungsstufe des großen Publikums, das *nur* Gelesenes schwer verstehen und anzuwenden vermag, und durch den Umstand bedingt, daß die Pflege des Säuglings zahlreiche praktische Maßnahmen erfordert, die nur durch Demonstration und durch eigene Übung am Säuglinge selbst erlernt werden können.

Ein zweites kommt noch hinzu. Fast jede Frau trägt in sich einen Fonds von mehr oder minder fest eingewurzelten falschen Vorstellungen und Begriffen, die bei der Wartung des Kindes ihren schädlichen Einfluß geltend machen. Teils sind es alter Aberglaube, teils irrtümliche Auffassung eigener oder fremder Erlebnisse oder geradezu falsche Angaben von Halbwissern, die ausgerottet werden müssen. Diese Arbeit ist nicht immer ganz leicht und es bedarf hierzu nicht selten einer längeren Aussprache und eines energischen Zuredens. Man ist immer wieder überrascht über den Abgrund von Unwissenheit, der sich einem auftut, wenn die einfachsten Regeln der Säuglingspflege in Frage kommen.

Wir haben die Überzeugung gewonnen, daß nur die Gelegenheit mit rücksichtsloser Offenheit allen Zweifeln und den unwahrscheinlichsten Bedenken auf den Grund zu gehen es ermöglicht, solche Frauen schließlich zu

vernunftgemäßen Grundsätzen zu bekehren. Hierzu ist aber am geeignetsten die Unterweisung durch eine Frau, die selbst Mutter ist und die in der eigenen Familie gewonnenen Erfahrungen durch ärztliche Unterweisung und durch Arbeiten an Säuglingsheimen und Fürsorgestellen kontrolliert und vertieft hat.

Wird nämlich der Unterricht nur durch einen Arzt erteilt, so fällt einmal die Unbefangenheit der Schülerinnen, die ihnen einer Frau gegenüber eine gründliche Aussprache auch der heikelsten Punkte ermöglicht, fort. Auch besteht immer die kaum vermeidbare Gefahr, daß die Ausführungen des Arztes den Frauen nicht so mundgerecht sind, um vollständig verstanden zu werden. Schließlich pflegt selbst der erfahrenste Säuglingsarzt in der Fertigkeit bei den alltäglichen kleinen Handgriffen, bei der Kleidung, dem Bad usw., naturgemäß von einer erfahrenen Mutter übertroffen zu werden.

Wenn wir somit für die allgemeine Einführung eines durch *Frauen zu erteilenden Unterrichtes in Säuglingspflege mit praktischen Übungen* eintreten, so geschieht dies nicht nur auf Grund von theoretischer Überlegung, sondern von bereits mehrjähriger, eigener Betätigung und Erfahrung im Berliner Kinderhaus von Professor Dr. *Hugo Neumann*.

Neumann hat nämlich im Jahre 1906 an seinem Institute Kurse eingerichtet, die, von Frauen erteilt, sich regen Zuspruches erfreuen.

Es werden die Kurse zu diesem Zweck allmonatlich in den Zeitungen angezeigt und den sich anmeldenden Frauen wird Tag und Stunde des ersten Unterrichtes mitgeteilt. Allmählich hat sich mit fortschreitender Erfahrung herausgestellt, auf welche Weise der Unterricht am besten zu erteilen sei.

Es ist wichtig, den Vortrag in der Form zu halten, daß die Schülerinnen dabei Einwände und Fragen, die sie auf dem Herzen haben, alsbald vorbringen, wodurch sie größeren Vorteil haben, als wenn solche Besprechungen erst auf den Schluß der Stunde verschoben und dann häufig vergessen werden.

Diese Methode wie auch die anknüpfenden praktischen Übungen haben es erforderlich gemacht, nie mehr als 5, höchstens 6 Schülerinnen zu einem Kurse zu vereinigen. Melden sich mehr Schülerinnen in einem Monat, so werden Parallelkurse eingerichtet.

Ferner war eine Trennung in Bemittelte und Unbemittelte oder besser in Gebildete und weniger Gebildete nötig. Es meldeten sich nämlich bald auf die Anzeigen hin nicht nur Frauen aus dem Volke, sondern auch Bessersituierte zur Teilnahme am Unterricht. Schon der erste Versuch zeigte, daß, sobald die Form des ausschließlichen Vortrages durchbrochen wird, es unmöglich ist, so heterogenes Material zusammen zu unterrichten. Durch getrennte Kurse für Bemittelte und Unbemittelte gelingt es uns, allen Teilen gerecht zu werden.

Der Unterricht wird zwar in beiden Kursen mit fast dem gleichen Lehrmaterial und in der gleichen Form erteilt, nur lassen sich auf diese

Weise die Verhältnisse jeder Lebenslage besser berücksichtigen und besprechen, ohne nach der einen oder andern Seite hin anzustoßen.

Die Bemittelten zahlen ein Entgelt für den Unterricht, so daß die Miete des nötigen Zimmers und der sonstigen kleinen Anschaffungen davon bestritten werden kann. Um kurz auch diesen Punkt zu berühren, sei hier erwähnt, daß von den Bemittelten meist 10 Mark für den Kurs, der aus fünfmal 2 Stunden (wöchentlich einmal) besteht, gezahlt wird. In einzelnen Fällen wurde auch nur 5 Mark gezahlt. Leider erhalten sich die Kurse bisher noch nicht. Außer den nötigen Anschaffungen, die in Badewanne, Bett, Wäsche usw. bestanden und zu Anfang geschenkt wurden, betragen die Ausgaben monatlich 36 Mark und zwar für Miete, Reinigung, Heizung, Bedienung usw. Da bisher nur 60 Bemittelte unterrichtet wurden, so mußte das fehlende Geld aus einem Privatfonds ergänzt werden.

Der praktische Teil des Unterrichtes wird so gehandhabt, daß am Schlusse jeder Stunde ein Kind gebadet oder gewaschen wird, das uns von der im Hause befindlichen Wöchnerinnenunterkunft geliefert wird. Nachdem dies in den ersten 2 Stunden gezeigt worden ist, badet in den darauf folgenden jede Schülerin einmal, um auf diese Weise wenigstens die Handgriffe kennen zu lernen.

Diese praktischen Übungen werden stets an den Schluß der betreffenden Stunde verlegt. Die übrige Disposition der Kurse ist ungefähr folgende:

I. Lager, Bad, Kleidung des Kindes bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres, Erziehung zur Sauberkeit, Pünktlichkeit usw.

II. Natürliche Ernährung.

III. Künstliche Ernährung.

IV. Entwöhnung, Beikost, Verstopfung, Durchfall.

V. Besprechung einzelner Krankheitserscheinungen (Erkrankungen der Neugeborenen, Zähne, Krämpfe, Ausschlag usw.), um die Mütter darauf aufmerksam zu machen, rechtzeitig ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Die Zahl aller Schülerinnen seit Beginn des Unterrichtes (Mai 1906 bis zum 1. Juli 1909) beträgt **270**. Es wurden hierbei jeden Monat Kurse erteilt, nur fiel dreimal je ein Monat aus, wo sich keine Schülerinnen meldeten, und außerdem, mit Rücksicht auf das Weihnachtsfest, stets der Dezember, so daß im ganzen ungefähr 30 Monate unterrichtet worden ist.

Von den 270 Schülerinnen waren 60 zahlende oder, wie wir sie kurz nennen, Bemittelte, die übrigen 210 Unbemittelte. Nach Stand oder Beruf gehören die Bemittelten akademischen oder Kaufmannskreisen an (Frauen von Ärzten, Kaufleuten, Rechtsanwälten, Lehrern usw., auch einige Lehrerinnen und Bräute). Einige bildeten sich zur Polizeidame aus; wir teilten diese stets dem bemittelten Kurse zu, da man sie hierbei besser auf die für sie in Frage kommenden Punkte aufmerksam machen kann.

Die 210 Unbemittelten waren meist Handwerker- oder kleine Beamtenfrauen, seltener solche von Arbeitern; einige Hauspflegerinnen waren darunter. Junge Mädchen, die die Säuglingspflege als Beruf ergreifen

wollen, weisen wir meistens ab, da eine genügende Ausbildung hierfür bei diesem Unterrichte nicht möglich ist.

Um nun festzustellen, inwieweit der Unterricht von Nutzen gewesen ist und welchen Einfluß im besonderen die Belehrungen auf das Stillen hatten, haben wir eine Rundfrage veranstaltet, die folgendes Ergebnis hatte. Angefragt wurden nur die Mütter, und zwar **152**. Die übrigen waren Großmütter, die später ihr Enkel pflegen wollten, Bräute, Polizeidamen und solche, die nur aus Interesse an der Sache sich beteiligten; bei einigen fehlte der Name; aus den letzten Monaten waren die Kinder noch nicht geboren. Antworten gingen ein von 106; 12 Karten kamen unbestellbar zurück, so daß also nur 34 Karten nicht beantwortet wurden; ein ganz gutes Ergebnis, wenn man bedenkt, daß der Unterricht zum Teil sehr weit zurück lag.

Halten wir auch hier die Trennung zwischen Bemittelten und Unbemittelten aufrecht, so ergab sich folgendes:

Von 38 Bemittelten kam 1 Karte unbestellbar zurück, 6 Karten wurden nicht beantwortet. 3 Frauen hatten kein Kind (2 waren bei der Geburt gestorben, bei einer wurde künstliche Frühgeburt eingeleitet).

Von den übrigen 28 Bemittelten nährten nur 2 nicht, eine, die schon Flasche gab, als sie den Unterricht erhielt, und eine, die wegen schwerer Entbindung nicht nähren durfte.

26 nährten. Hiervon machten allerdings 4 nur einen 10 bis 14 Tage dauernden, vergeblichen Versuch. 2 dieser Kinder wurden durch Ammen weiter genährt. 22 = 78% nährten verschieden lange, und zwar:

1 bis 3 Monate	6	= 27·2%
4 „ 6 „	8	= 36·3%
7 „ 9 „	5	= 22·7%
länger	2	= 9·3%
noch nährt	1	= 4·5%.

Von 114 Unbemittelten kamen 11 Karten unbestellbar zurück. 27 Karten wurden nicht beantwortet. 7 Frauen hatten kein Kind. Von den übrigen **69** nährten 9 nicht. Die folgenden Gründe wurden angegeben: 1mal mangelnde Warzen, 1mal Lungenkrankheit, 3mal schwere Entbindung, 1mal auf Anordnung des Arztes, 1mal Frühgeburt, 2mal mangelnde Nahrung.

60 Frauen nährten, wovon nur 5 einen vergeblichen, 5 bis 14 Tage dauernden Versuch machten. 55 = 79·5% nährten, und zwar:

1 bis 3 Monate	18	= 32·7%
4 „ 6 „	7	= 12·7%
7 „ 9 „	11	= 20·0%
10 „ 13 „	7	= 12·7%
19 „	1	= 1·9%

es nähren noch zur Zeit der Anfrage: 11 = 20·0%,
von diesen 2 seit 13 respektive 9 Monaten; die übrigen 2 bis 4 Monate.

Ziehen wir die Antworten der 30 Bemittelten und 76 Unbemittelten zusammen, so ergeben sich 106. Abzüglich der 10 Kinderlosen blieben 96. *Von diesen nährten bis auf* **11** *alle* — **89·5%**. Werden hiervon 9 abgezogen, die einen vergeblichen Versuch machten, so nährten immer noch 76 von 96 = 80%. Betrachten wir dies Ergebnis von 89·5% respektive 80%, das sich aus verschiedenen Bevölkerungskreisen zusammensetzt, so scheint es trotz der Kleinheit der Zahlen sehr erfreulich und spricht eine beredte Sprache zugunsten der Kurse. Denn es ist zu bedenken, daß 89·5% anlegender Frauen in den ersten Tagen eine Prozentzahl ist, die sonst nur in Entbindungsanstalten in Berlin erreicht wird, die in diesem Falle ganz ausschalten. Auch daß 80% weiter stillen, ist befriedigend; von den erledigten Fällen stillten 65·6% länger als 1/4 Jahr, 39·4% länger als 6 Monate. Daß auch ärmstes Publikum darunter ist, geht aus verschiedenen Mitteilungen hervor, so einmal, daß die Mutter nach 4 Monaten abstillen mußte, da sie anfing Frühstück auszutragen, und eine andere, die nicht in der Lage war, sich weiter genügend zu ernähren, nachdem die Säuglingsfürsorgestelle aufhörte, ihr Milch zu liefern. 20 Frauen schreiben, daß sie nur infolge des Einflusses und der Belehrungen des Unterrichtes stillten. 58 heben den großen Vorteil hervor, den sie aus dem Unterrichte gezogen haben.

Weiter sehr erfreulich ist, daß bis auf 3 Mütter = 3·1% keine den Tod des Kindes meldete. Die eine, deren Kind im Alter von 1 1/2 Jahren an Krämpfen starb, gab ihm bereits die Flasche, als sie sich am Unterrichte beteiligte. Ein zweites Kind, das auch nicht genährt wurde, starb im Alter von 7 Wochen an Herzschwäche. Das dritte, ein Zwilling, der die Flasche erhielt, starb nach 4 Monaten an Krämpfen.

Die übrigen Kinder standen zur Zeit der Anfrage in folgendem Alter:

2 bis 6 Monate	13
7 „ 12 „	22
1 „ 2 Jahre	16
2 „ 3 „	12

Dankend wird auch in vielen Fällen anerkannt, daß der Unterricht sie vom Rat Unberufener unabhängig machte.

Diese Ergebnisse spornen dazu an, diesen Unterricht möglichst auszudehnen und recht vielen Frauen zugänglich zu machen. Sie deuten aber auch an, wie wichtig eine energische Stillpropaganda ist und daß hier ein Mittel vorhanden ist, durch das ein großer Einfluß auf das Stillen ausgeübt werden kann.

Wichtig wäre es, wie schon von verschiedenen Seiten hervorgehoben worden ist, wenn die *Fortbildungsschulen* sich dieser Aufgabe annehmen würden. Die Fortbildungsschulen, die bisher nur in Süddeutschland und nur in etwa 50 Städten Preußens für Mädchen obligatorisch sind, müssen den Unterricht in Säuglingspflege in ihren Lehrplan, und zwar für das letzte Schuljahr aufnehmen. Dieser Unterricht darf nicht

nur theoretisch, sondern muß auch praktisch sein, damit etwas von dem Gelernten behalten wird bis zu der Zeit, wo das Mädchen es als Mutter anwenden muß. Schwierig wäre die Einrichtung der praktischen Übungen, ohne welche der Unterricht nur einen beschränkten Wert hätte. Er ließe sich vielleicht dadurch ermöglichen, daß man anschließend an die Fortbildungsschulen auch Krippen gründete, in denen die Schülerinnen arbeiten; hiermit würde man außerdem einem dringenden Bedürfnis abhelfen.

Die Unterstützung der stillenden Mütter und ihr Erfolg.

Von H. Neumann.

Außer den Fachkenntnissen hat jeder, der auf gewisse Bevölkerungsgruppen einwirken will, eine gewisse Kenntnis ihrer intellektuellen und gemütlichen Eigentümlichkeiten sowie ihrer Anschauungen nötig. Dies gilt ebenso für den Arzt wie für den Richter, Verwaltungsbeamten, Lehrer u. a. Diejenigen, die zur Förderung des Stillens Stillprämien erfunden haben, austeilen oder neu vorschlagen, dürften aber oft bessere Theoretiker als Kenner des Seelenlebens ihrer Klientel sein. Nicht zu sprechen von denen, die am Schlusse des ersten kindlichen Lebensjahres den Müttern eine Stillprämie mit einem schönen Dokument überreichen, scheinen sich auch die Spender weniger langfristiger Prämien in einer Täuschung zu befinden, mögen die Einzelheiten — wie Erhöhungen zur Zeit erhöhter Gefährdung des Kindes oder nach anderen Gesichtspunkten wechselnde Höhe — noch so gut ausgedacht sein. Meist sind die Stillprämien überhaupt nur so bemessen, daß sie weniger zur materiellen Unterstützung als zur Anfeuerung des Ehrgeizes dienen könnten. In zwei Richtungen scheint hierbei ein erheblicher Irrtum zu bestehen. Erstens ist den Befürwortern von Prämien nicht bekannt, ein wie großer Teil der weniger bemittelten Frauen — wenigstens in den meisten Gegenden Deutschlands — an und für sich die natürliche Ernährung mindestens einleitet, vielfach auch lange fortsetzt; bewerben sich, wie vorauszusetzen ist, wesentlich diese Mütter um die Prämie, so wird hierbei das Stillen kaum gefördert, sondern es wird höchstens bei ihnen die Meinung erweckt, daß etwas, was sie bisher für selbstverständlich hielten, eine besondere Belohnung verdient. Wird die Prämie sogar ohne jede Rücksicht auf die Bedürftigkeit verteilt, so verwirrt sich die öffentliche Meinung über die Ansprüche, die sie an öffentliche Gelder stellen kann, noch weiter. Der zweite Irrtum bezieht sich auf die Mütter, die bisher nicht gestillt haben. Man stellt sie sich etwa als Leute vor, die, um zu einem Ziele zu gelangen, gerade ebensogut rechts wie links gehen können und sich nun durch eine kleine Annehmlichkeit, die einer der Wege bietet, leicht für diesen bestimmen lassen. Sie könnten gerade so gut stillen wie

päppeln und werden durch die Prämie nur das erstere tun. In Wirklichkeit trifft dies für eine gewisse Anzahl Frauen — sie wechselt in den einzelnen Gegenden — wohl zu, die meisten haben jedoch Gründe für die Unterlassung des Stillens, die ihnen triftig erscheinen und die nicht durch Erweckung des Ehrgeizes, sondern nur durch Gegengründe weggeräumt werden können. Man sollte sich nicht der Meinung hingeben, daß Gründe, die wir Ärzte nicht gelten lassen können, darum für denjenigen, der sie vorbringt, schon von vornherein wenig schwer wiegen.

Will man durch eine Geldprämie das Handeln bestimmen, so muß sie jedenfalls nahe dem Augenblick zu erlangen sein, in dem die Entscheidung getroffen wird. Belohnungen nach langer Frist sind ebenso unpädagogisch wie späte Strafen.

Einer sofort ausgefolgten Prämie läßt sich die Eigenart nehmen, gegen die wir ankämpfen zu müssen glauben, sie kann sich zu einer zweckmäßigen Unterstützung umbilden. Wir würden sie dann für zweckmäßig halten, wenn sie wirklich oder wenigstens nach der Meinung der Mutter die Gründe gegen das Stillen zu beseitigen imstande ist. So kann sie ein ernstes Hemmnis für das Stillen, die Beschäftigung außerhalb der Familie, beseitigen, sie kann der Mutter durch bessere eigene Pflege die Möglichkeit oder wenigstens den Glauben verschaffen, ihr Kind besser stillen zu können; selbst wenn die Unterstützung nur eine Armenunterstützung ersetzt, macht sie doch gleichzeitig die Mutter gefügig, mit dem Arzt in Verbindung zu treten und sich über die Bedeutung ihrer Gründe gegen das Stillen und über die zweckmäßige Form des Stillens aufklären zu lassen. Selbst eine Unterstützung gepäppelter Kinder kann mittelbar das Stillen fördern: die Mütter lernen gelegentlich der Vorstellung der Kinder am Beispiel und durch Belehrung die Vorzüge des Stillens kennen. Es muß also jedenfalls jede Geldunterstützung mit ärztlicher Beratung verknüpft sein.

Im folgenden soll zunächst mitgeteilt werden, welche Formen die Stillunterstützungen in der Säuglingsfürsorgestelle I angenommen haben und hernach soll geprüft werden, wie weit auf diesem Wege in der gleichen Anstalt die natürliche Ernährung gefördert wurde.

I.

Durch eine Geldunterstützung von fest bestimmter Höhe und Dauer wird man gewiß eine Anzahl Frauen bestimmen können, die natürliche Ernährung ihrer Kinder einer Überwachung durch den Arzt zu unterstellen. Allgemein anerkannt ist, daß die Unterstützung möglichst mit Vermeidung aller Formalitäten zu erlangen sein muß, daß sie nicht als Armenunterstützung anzurechnen ist und daß sie unmittelbar durch die überwachenden Stellen — also die Organe der Säuglingsfürsorgestelle — auszuzahlen ist. Die Unterstützung ist zwar auf Unbemittelte, nicht aber auf die von der Armenpflege Unterstützten zu beschränken und muß in Rücksicht auf die Bedürftigkeit nicht einmalig, sondern lieber in geringer Höhe, aber in kurzen Zwischenräumen gegeben werden.

Vollkommener als Unterstützungen von fester Höhe sind solche, die sich innerhalb einer gewissen Breite bewegen. Hier ist die Möglichkeit gegeben, sich den wechselnden Verhältnissen, die die Durchführung des Stillens erschweren oder verhindern können, in der Höhe der Unterstützung anzupassen. Auch die Form der Unterstützung sollte abänderungsfähig sein und nicht gerade als Geldgeschenk vorgeschrieben sein. Eine solche individualisierende Form der Stillunterstützung ist freilich sehr viel schwieriger und mühevoller als die schematische. Sie verlangt eine sehr genaue Kenntnis der sozialen Verhältnisse, die oft erst durch Anfragen und Besuche bei Hauswirten, Armenvorstehern u. a. gewonnen wird; die Besuche in der Wohnung der Unterstützten haben hierbei den Nutzen, nicht nur auf die Ursachen der Bedürftigkeit, sondern auch auf Mängel in der Pflege der Säuglinge ein Licht zu werfen. Freilich muß bemerkt werden, daß es sich bei einer solchen Erforschung der Verhältnisse sehr häufig herausstellt, daß die Verhältnisse, die das Stillen hindern, zu schwierig sind, um durch eine Unterstützung genügend beeinflußt zu werden. Von dem einseitigen Gesichtspunkt, dem Kind die Mutterbrust zu verschaffen, schreitet die individualisierende Unterstützung zu der allgemeineren Erkenntnis fort, daß die Ernährung nur ein, wenn auch wichtiger Teil der Pflege ist und diese bei den Unbemittelten oft nur im Zusammenhang mit der Armenpflege beziehungsweise mit einer weit blickenden Wohlfahrtspflege zu ordnen ist. Mit der Illusion der Stillprämie beginnend, kommt daher die Säuglingsfürsorge am Schluß der Dinge zur Forderung moderner sozialer Familienfürsorge, innerhalb derer auch die natürliche Ernährung des Säuglings zu berücksichtigen ist.

Die Stadt Berlin hat seit dem Jahre 1905 sehr weitherzig für die Unterstützung Stillender gesorgt. Durch Vermittlung der Säuglingsfürsorgestellen wurden ausgezahlt:

1./I. 1906 bis 30./III. 1907	81,187 Mark	an 3386	Personen
1./IV. 1907 „ 30./III. 1908	95,876 „	„ 5090	„
1./IV. 1908 „ 30./III. 1909	150,608 „	„ 7730	„

Dabei konnten sich die Unterstützungen in großer Breite — bis 24 Mark monatlich — bewegen; die Einzelhöhe wurde ebenso wie die Dauer der Unterstützung vom ärztlichen Ermessen abhängig gemacht.

Während anfänglich der Wunsch bestand, mittels der Unterstützung die Säuglinge bis zum Ablauf ihres 1. Lebensjahres in Überwachung zu halten, mußte in allen Säuglingsfürsorgestellen bald hierauf verzichtet werden. In der Säuglingsfürsorgestelle I, auf deren Tätigkeit wir uns hier beschränken, treten die Brustkinder in der Regel schon zu $\frac{1}{2}$ Jahren oder selbst früher aus, wenn nicht, wie z. B. bei den Unehelichen, besonders schwierige Verhältnisse bestehen. Wenn die Entwöhnung zu irgend einer Zeit begründet erscheint, bleiben viele Kinder aber auch danach in Fürsorge und werden nach Bedarf mit Kuhmilch und anderer Nahrung unterstützt. Das Gleiche findet statt, wenn neben der Brust Beinahrung gegeben wird. Es handelt sich hierbei um 20 bis 30 %, der gestillten

Kinder. Diese Ausgaben für künstliche Ernährung sind in den folgenden Ausgaben zur Unterstützung Stillender nicht einbezogen:

	Stillende Mütter aufgenommen	unterstützt	in Proz.	Ausgaben	Auf 1 Mutter im Durchschnitt
1./I.1906 bis 30./III.1907	1761	846	50	30.397 Mark	35·92 Mark
1./IV.1907 „ 28./III.1908	1805	1297	72	27.742 „	21·39 „
1./IV.1908 „ 30./III.1909	2093	1986	95	41.885 „	21·10 „

Die Unterstützung ging in ihrer Durchschnittsgröße mit der oben erwähnten kürzeren Unterstützungsdauer herunter. Andererseits steigt nicht nur die absolute Zahl der stillenden Mütter erheblich, sondern auch unter ihnen wiederum der Satz derer, die wegen einer Unterstützung kommen und sich auch in der Tat für eine solche geeignet zeigen. Außerdem gewinnen die stillenden Mütter mit jedem Jahre einen größeren Anteil am Zugang zu der Säuglingsfürsorgestelle: 1906 bis 1907 stellten sie 35%, im Jahre 1907 bis 1908 48·7, im Jahre 1908 bis 1909 56·0% des Zuganges. Diese fortschreitende Umwandlung der Säuglingsfürsorgestelle in eine ärztlich überwachte Unterstützungsstelle für stillende Mütter dürfte überall dort eintreten, wo die Fürsorge entsprechend gehandhabt wird. In unserer Säuglingsfürsorgestelle, die einen Bezirk von 408.676 Seelen (nach der Volkszählung von 1905) zu versorgen hat, ist dieser Prozeß noch lange nicht abgeschlossen und muß zur Abkürzung der durchschnittlichen Beobachtungsdauer oder zur Errichtung neuer Säuglingsfürsorgestellen führen. Ebenso aus finanziellen wie aus sachlichen Gründen ist in Zukunft eine organische Eingliederung in die öffentliche Wohlfahrtspflege nicht zu umgehen, im besonderen müßte bei denjenigen Parteien, bei denen das Eingreifen der öffentlichen Armenpflege nötig ist, auch formell im Zusammenhange mit dieser gearbeitet werden[1]).

Solange dies nicht der Fall ist, kann in der individualisierenden Fürsorge die notwendige Höhe einer Stillunterstützung nicht fixiert werden. In dem Wunsch, eine wirkliche Beihilfe, welche das Stillen erleichtert, zu gewähren, sind wir jedenfalls nicht unter die Gewährung eines Liters Milch, durch dessen Genuß die Mutter ihre Ernährung heben und ihre Stilltätigkeit verbessern soll, heruntergegangen. Diese Naturalleistung schien eher ihren Zweck zu erfüllen als die entsprechende Geldleistung von 22 bis 25 Pfennig und wurde jedenfalls dankbar aufgenommen: so wurden etwa ²/₃ der im Jahre 1908 bis 1909 verwendeten Unterstützungsgelder, nämlich 28.215 Mark, in der Weise verwendet, daß hierfür 128.341 Liter Haushaltungsmilch verteilt wurden. Unter Umständen wurde der Gewährung von Milch noch eine gewisse Geldunterstützung beigefügt, in anderen Fällen wurde nur Geld in wechselnder Höhe bewilligt; es wurde dies ganz von den Verhältnissen abhängig gemacht, welche in

[1]) Genauere Ausführung hierüber in meiner Arbeit: Säuglings- und Kinderfürsorge. Wochenschr. für soziale Hygiene und Medizin. April 1909. (Auch als Broschüre im Buchhandel.)

Hinblick auf die Ermöglichung des Stillens Berücksichtigung verlangten. Wo die Gefahr bestand, daß die Geldunterstützung zur Bezahlung von Schulden oder von dem Ehemann zu seinem persönlichen Vorteil verwendet würde — Fälle höchster Bedürftigkeit — wurden statt Geld ausschließlich Naturalien geliefert. So wurden z. B. von April bis Oktober 1908 70 Familien mit 245 Sendungen unterstützt, die einen Gesamtwert von 753·50 Mark hatten; es bekam also in diesem Zeitraum jede Familie alle 14 Tage — im ganzen 3- bis 4mal — eine Sendung im Werte von etwa 3·10 Mark. Die Art der Naturalien richtete sich nach den Wünschen, die die Frauen selbst äußerten; Brot, Kartoffeln, Schmalz, auch Speck, Zucker, etwas Gries, Kaffee, Kakao, auch Pflaumenmus und vor allen Dingen Seife und Soda. (Vgl. auch S. 31.) Noch in einigen anderen Fällen wurde die Geldunterstützung dazu verwendet, der Mutter häusliche Arbeit zu ermöglichen: Frauen, welche gelernte Näherinnen waren, wurde eine Singersche Nähmaschine, die sie sich selbst aussuchen konnten, in der Weise vermittelt, daß unmittelbar von dem Bureau der Säuglingsfürsorgestelle aus eine Teilzahlung an das Geschäft gemacht und das Quittungsbuch in dem Bureau aufbewahrt wurde; in Rücksicht auf die besondere Not, die bei diesen Müttern herrschte, erhielten sie außerdem zunächst noch unmittelbar eine kleine bare Geldunterstützung. Schließlich wurden noch aus Privatmitteln in dringenden Fällen Kinderwäsche, Kinderwagen und Betten sowie für andere Kinder der Familie von dem Kindervolksküchenverein unentgeltlich überlassene Marken (17.000 Portionen für Mittagessen) verteilt. Zu Weihnachten bekommen etwa 300 besonders arme Parteien eine Bescherung von Lebensmitteln, Kleidung und Spielzeug. Bei den Vorstehern der Armenkommissionen, bei privaten Vereinen verschiedener Art wird unter Umständen für Bedürftige Fürsprache eingelegt.

Alle Unterstützungen haben eine fortlaufende Vorstellung der Säuglinge in meist 14 tägigen Zwischenräumen zur Voraussetzung: das Kind wird hierbei untersucht und gewogen und gleichzeitig wird die Fortdauer des Stillens kontrolliert. Außer den für die Ernährung notwendigen Ratschlägen wird auch im Erkrankungsfalle Behandlung (wenn nötig, mit unentgeltlichen Medikamenten) gewährt.

II.

Ob die Bemühungen der Säuglingsfürsorgestellen einen Einfluß auf die Häufigkeit der natürlichen Ernährung haben, ist bisher kaum untersucht. Die Zunahme der stillenden Frauen in diesen Anstalten beweist natürlich nichts, da man nicht weiß, wieviel sich um eine Unterstützung bewerben, obgleich sie an und für sich gestillt hätten. Wie dem auch sei, es muß jedenfalls der Erfolg der Säuglingsfürsorgestellen in hohem Maße von der Leitung abhängen und auf der andern Seite von den zeitlichen und örtlichen Verhältnissen, die je nach dem Ernährungszustand der Frauen, nach der Art der Frauenbeschäftigung, nach der herrschenden Überlieferung u. dgl. m. für die Propaganda des Stillens einen verschieden günstigen Boden abgeben werden.

Will man nun den Erfolg der Fürsorge prüfen, so wird man wieder Stillhäufigkeit und Stilldauer auseinanderhalten.

Die Beeinflussung der Stillhäufigkeit habe ich für die Berliner Säuglingsfürsorgestelle I, deren Vorgehen in Überwachung und Unterstützung im vorigen Abschnitt dargestellt wurde, zahlenmäßig zu erfassen gesucht[1]. Ob häufiger durch diese Fürsorge gestillt wurde oder nicht, durfte nur an solchen Frauen geprüft werden, die sicher in der Lage waren zu stillen. Als ein ausreichender Beweis hierfür wurde es erachtet, wenn sie ihr Kind mindestens ein Vierteljahr stillten. Bei solchen Frauen wurde nun erforscht, wie weit sie bei ihrem vorhergehenden Kind — zu einer Zeit, wo sie von uns noch nicht beeinflußt waren — ihrer Stillpflicht nachgekommen waren. Es durfte im allgemeinen angenommen werden, daß die Stillfähigkeit von einem Kinde zum nächsten nicht leicht wechselt. Auch durfte man hier noch mehr auf zuverlässige Angaben rechnen als für die früheren Kinder, bei denen verstorbene leicht vergessen wurden; immerhin wurden auch über diese Angaben gesammelt. Es wäre nun verfehlt gewesen, in jedem Falle, wo eine Mutter ihr vorhergehendes Kind nicht gestillt hatte, uns das Verdienst dafür zuzuschreiben, daß sie das jetzige Kind stillte; denn ein Wechsel im Stillen kann ja aus den verschiedensten Gründen vorkommen. Vielmehr war diese ganze Gruppe von Frauen, die mit unserer Unterstützung jetzt stillte, einer andern Gruppe vergleichsweise gegenüber zu stellen, die ihr jetziges Kind unbeeinflußt von uns stillte; unbedenklich konnten wir ihnen auch solche Mütter zufügen, die erst vom 3. Monat an von uns unterstützt wurden, da dies auf die Einleitung des Stillens natürlich nicht mehr hatte von Einfluß sein können. So kam die folgende Tabelle zustande:

Frauen, die das letzte Kind mindestens 1/4 Jahr in der Säuglingsfürsorgestelle stillten.

	Alter des Kindes bei der Aufnahme	Das vorhergehende Kind war gestillt			
		nicht oder weniger als 1/4 Jahr	in Prozenten	1/4 Jahr oder länger	in Prozenten
Unterstützt	1. bis 14. Tag	45	32·8	92	67·2
„	15. bis 30. Tag	9	33·3	18	66·7
„	**1. Monat**	**54**	**32·9**	**110**	**67·1**
„	2. Monat	11	23·4	36	76·6
Unterstützt und nicht unterstützt	3. Monat und älter	20	24·7	61	75·3
	2. Monat und älter	**31**	**24·2**	**97**	**75·8**

[1] Diese statistische Untersuchung wurde schon in der Wochenschrift für soziale Hygiene und Medizin, 1907, l. c., veröffentlicht.

Wie nicht anders zu erwarten, sehen wir nur bei den im 1. Lebensmonat der Kinder unterstützten Müttern eine Besonderheit; denn nur hier ist auf die Einleitung des Stillens — diese im weitesten Sinne genommen — eine Einwirkung möglich. Diese Mütter hatten das vorhergehende Kind seltener gestillt als andere Mütter, die nicht beeinflußt waren. Während von 100 der letzteren, trotzdem sie ihr jetziges Kind stillten, 24·2 das vorhergehende Kind aus irgend welchem Grunde nicht gestillt hatten, hatten von den beeinflußten Müttern nicht 24·2, wie es wahrscheinlich war, sondern 33 das frühere Kind trotz Stillfähigkeit nicht gestillt; es waren also 9 Frauen unter diesen 100, welche wider rechnerisches Erwarten, veranlaßt durch die ihnen gewährte Unterstützung, ihr letztes Kind stillten. Dieser Erfolg erscheint, wenn man nur die Förderung der Stillhäufigkeit in Betracht zöge, unerwartet teuer erkauft, insofern von 100 im 1. Monat eingetretenen Müttern 91 in Rücksicht auf diesen Zweck unnötig unterstützt wurden; nehmen wir noch diejenigen Mütter (41·4%) hinzu, die nach dem 1. Monat eintraten und bei denen man allerdings nicht eine Förderung der Stillhäufigkeit, sondern nur der Stilldauer erwarten durfte, so würden sogar von zirka 170[1]) unterstützten Frauen auf Grund der Unterstützung nur 9 ihr Kind gestillt haben. Diese in Hinsicht auf die Hebung der Stillhäufigkeit außerordentlich große finanzielle Belastung ließe sich dadurch etwas einschränken, daß man nur Wöchnerinnen der ersten 4 Wochen (wie es ähnlich in Wien geschieht) zuließe.

Sehen wir von der ökonomischen Seite ab, so ist allerdings für die Förderung des Stillens in Wirklichkeit das Ergebnis nicht ungünstig; denn die Zahl der nichtgestillten Kinder sinkt — bei stillfähigen Frauen — von einer Geburt bis zur folgenden durch die Unterstützung von 33 auf 24, d. i. von 100 auf 72. Allerdings müßte zur unmittelbaren Erzielung einer sichtbaren Einwirkung auf die natürliche Ernährung in der Bevölkerung eine sehr große Zahl von Wöchnerinnen unterstützt werden.

Eine dauernde Verbesserung der Stillungsverhältnisse wäre auf diesem Wege wohl nur zu erwarten, wenn man annehmen dürfte, daß nicht nur gelegentlich der Unterstützung ein Kind gestillt wird, sondern daß der auf diese Weise erzielte Stillerfolg auch bei den folgenden Kindern die Frau an und für sich zum Stillen veranlaßt; es mag dies auch zum Teil zutreffen und wäre um so wertvoller, als hiermit das Hemmnis wegfiele, das bei diesen Frauen bis dahin meist bei allen ihren Kindern das Stillen verhindert hatte. Handelte es sich doch bei uns um — mindestens subjektiv — stillschwache Frauen, die ihr jetziges Kind mindestens ein Vierteljahr stillen konnten, es aber bei dem vorhergehenden

---

[1]) Allerdings wurde nur 35, nicht 100% des Zuganges unterstützt.

Kind unterließen; sie hatten von der Gesamtheit ihrer Kinder bisher nur den vierten Teil (von 261 nur 67) gestillt[1].

Bei dieser zahlenmäßigen Berechnung mußten erste sowie uneheliche Kinder unberücksichtigt bleiben; ein gewisser Erfolg ist auch bei ihnen anzunehmen und wird zum Teil später nachgewiesen.

Über den Einfluß der Säuglingsfürsorgestelle auf die *Stilldauer* läßt sich zunächst *nach dem Eindruck, den die Summe vieler Einzelfälle erzeugt, sagen, daß die großen Anforderungen an Mühe und Geld nicht erfolglos sind.* Viele Frauen werden durch die Unterstützungen, die fortlaufende Überwachung, die ärztlichen Ratschläge für die Ernährung und den Nachweis, daß das Gewicht des Säuglings entsprechend zunimmt, davon abgehalten, aus äußeren Gründen oder, weil ihnen die Brustnahrung unzureichend oder ungeeignet erscheint, vorzeitig zu entwöhnen. Für die richtige Einschätzung dieses Erfolges ist zu berücksichtigen, wie außerordentlich gefährlich gerade in der uns beschäftigenden Bevölkerungsgruppe das frühzeitige Päppeln zu sein pflegt (siehe oben, S. 2) und wie wichtig daher jede Verlängerung des Stillens ist. Um nicht alle Mühe umsonst aufgewendet zu haben, sind wir daher auch bei den Säuglingen, die nur beschränkte Zeit gestillt werden konnten, oft gezwungen, weiterhin die künstliche Nahrung zu liefern.

Schließlich wäre bei der Würdigung der Säuglingsfürsorgestellen in ihrem Einfluß auf die Förderung der natürlichen Ernährung der *Imponderabilien* zu gedenken, welche von dieser ganzen Aktion aus nach allen Seiten hin sich verteilen. Schon die Tatsache, daß die Ärzte hier mit großem Nachdruck das Stillen fordern und daß erhebliche Mittel dafür aufgewendet werden, sowie die zunehmende Kenntnis der Gefahren künstlicher Ernährung machen nicht nur auf den Besucher der Säuglingsfürsorgestellen, sondern darüber hinaus auf die beteiligte Bevölkerung einen starken Eindruck, der nicht ganz wirkungslos bleiben kann.

[1] Von den stillschwachen Frauen hatten die von uns beim letzten Kind durch Unterstützung beeinflußten 79·6 %, die nicht beeinflußten 64·9 % ihrer früheren Kinder nicht gestillt; von den stillstarken von jenen 14·2, von diesen 8·0 %. Es wurden also in der Tat, wie zu erwarten, ganz besonders die Frauen, die früher sehr wenig gestillt hatten, durch uns zum Stillen bewogen.

II.

VON DER FÜRSORGE FÜR DIE UNEHELICHEN SÄUGLINGE IN BERLIN.



Die unehelichen Kinder in der Säuglingsfürsorgestelle.

Von H. Neumann.

Wer von der Säuglingsfürsorgestelle eine erfolgreichen Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit erwartet, wird nicht zweifeln, daß hier auch den besonders stark bedrohten unehelichen Säuglinge eine wesentliche Fürsorge zuteil wird.

Betrachtet man ihren Anteil an der Gesamtzahl der Pfleglinge in der Säuglingsfürsorgestelle I, so könnte man mit Befriedigung feststellen, daß ihre Beteiligung eine normale ist, indem sie dem Anteil an den Geburten prozentisch entspricht. In Anbetracht der höheren Gefährdung sollten sich freilich die unehelichen Säuglinge noch reichlicher als die ehelichen in den Säuglingsfürsorgestellen ansammeln.

	Säuglinge überhaupt	Säuglinge unehelich	In Prozenten
1./V. 1905 bis 31./XII. 1905	2158	508	23·5
1./I. 1906 „ 30./III. 1907	4738	837	17·7
1./IV. 1907 „ 30./III. 1908	3711	680	18·4
1./IV. 1908 „ 30./III. 1909	3699	658	17·8

Aber nur die genauere Betrachtung kann ein Urteil darüber erlauben, wie weit die Aufgaben der Säuglingsfürsorgestelle — Förderung des Stillens und Überwachung der Pflege und Ernährung — erfüllt wurden.

In jeder Hinsicht ist ein früher Eintritt der Pfleglinge erwünscht und in der Tat traten im Jahre 1908/09 35·1°/₀ schon im 1. Lebensmonat und 21·1°/₀ im 2. in die Fürsorge ein — ein nicht ungünstiger Satz.

a) Haltekinder.

Bei der Überwachung ihrer Pflege und Ernährung bilden nun eine erste Klasse von unehelichen Säuglingen die Kinder, welche in entgeltlicher Haltepflege stehen. Ihre Zahl ist in der Säuglingsfürsorgestelle in schneller Abnahme und jetzt nur noch als ganz unerheblich zu bezeichnen;

vom 1./I. 1906 bis 30./III. 1907 waren es 436 = 52°/₀
„ 1./IV. 1907 „ 30./III. 1908 „ „ 318 = 47°/₀
„ 1./IV. 1908 „ 30./III. 1909 „ „ 197 = 30°/₀

der versorgten unehelichen Säuglinge.

Von diesen Haltekindern kommt jetzt ebenso wie in früheren Jahren der größere Teil nur einmal oder ein paarmal, so daß von 158 erledigten Fällen des letzten Jahrganges 61 % (97) nach einer Fürsorge von höchstens ½ Monat wieder ausschieden. Es blieben ½ bis 2 Monate 30 = 19 %, und länger (also bis zum vollendeten 1. Jahr) nur 31 = 20 % in Fürsorge. *Es kann also von einer Fürsorge für die Haltekinder in der durch die Fürsorgestellen beabsichtigten Form überhaupt kaum gesprochen werden.*

In der Säuglingsfürsorgestelle, deren Verhältnisse hier zugrunde gelegt werden, werden auch kranke Kinder behandelt und so kommt überhaupt ein großer Teil der Haltekinder, um ärztlichen Rat zu erbitten. Von den 97 Kindern, die höchstens 14 Tage kamen, von denen aber 74 überhaupt nur 1- bis 2mal sich vorstellten, starben gleich 6, während 5 wegen ihres bedenklichen Zustandes dem Krankenhause und 1 dem Waisenhause überwiesen wurden! Von allen länger behandelten Kindern starben nur noch 2 in der Fürsorge.

Diese eigentümlichen Verhältnisse haben leicht erkennbare Ursachen. Die Haltekinder werden durch polizeilich angestellte Aufsichtsdamen unter Kreisärzten regelmäßig überwacht. Es wird von diesen und natürlich nicht weniger von den Haltefrauen eine weitere Überwachung durch die Säuglingsfürsorgestellen, solange das Kind anscheinend gedeiht, für überflüssig erachtet. Anderseits sehen die Säuglingsfürsorgestellen, wo die Zahlung der Pflegegelder geregelt ist, keinen Anlaß, durch verbilligte oder unentgeltliche Lieferung von Säuglingsmilch die Pflegefrauen zu unterstützen und hierdurch an sich zu ketten. Anders dort, wo das Pflegegeld nicht oder unzureichend gezahlt wird: hier stellen sich die Pflegefrauen — vorausgesetzt, daß sie hierdurch nicht zu viel Zeit und Mühe opfern müssen — eher ein und bleiben dank der billigen oder unentgeltlichen Verabreichung der Nahrung auch längere Zeit unter Beobachtung. Im Jahre 1906 bekamen 68 % der länger als ½ Monat gebrachten Haltekinder, im Jahre 1908 sogar 77 % ihre Nahrung von der Anstalt. Daß es auch unter diesen Kindern Krankheitszustände, im besonderen chronische Ernährungsstörungen sind, die häufig einen zwingenden Grund zur Lieferung der Nahrung abgeben, ist schon daraus zu entnehmen, daß unter 44 Säuglingen 17 zunächst oder dauernd mit einem für sie in der Milchküche zubereiteten Nahrungsgemisch versorgt werden mußten.

Übrigens ist wenigstens in *einer* Richtung die spärliche Inanspruchnahme der Säuglingsfürsorgestelle ein günstiges Zeichen: die Pflegen, in denen das Pflegegeld zum Schaden des Pfleglings nicht oder schlecht bezahlt wird und deswegen auf unentgeltliche Lieferung der Milch Wert gelegt wird, dürften in den letzten Jahren sehr abgenommen haben — dank der polizeilichen Aufsicht und dank der leichteren Übernahme der Kinder in Armen- beziehungsweise Waisenpflege.

Daß aber häufig genug eine fortlaufende ärztliche Überwachung und Ernährung durch die Säuglingsfürsorgestelle den Haltekindern von vorbeugendem Nutzen wäre, beweisen schon die überwiesenen Krankheits-

fälle und ist an und für sich klar. Aber es kann in dieser Hinsicht selbst die ausdrückliche Vorschrift[1]) der Aufsichtsbehörde keine erhebliche Änderung herbeiführen. Die nicht überbrückbare Schwierigkeit liegt in der doppelten Fürsorge von seiten zweier Behörden, die voneinander unabhängig sind. *Nur eine Verschmelzung zu einer einheitlichen Beaufsichtigung der Haltekinder*, wie sie in einzelnen Städten schon besteht, *würde den wünschenswerten Zustand herbeiführen*. So aufrichtig die Reorganisation der Haltekinderaufsicht seinerzeit begrüßt werden mußte, so muß doch anerkannt werden, daß die Säuglingsfürsorgestellen ein noch tauglicheres Mittel der Fürsorge darstellen oder wenigstens bei entsprechender Erweiterung und Vermehrung darstellen könnten. Eine engere Beziehung der Säuglingsfürsorgestellen zur Vormundschaft — wir kommen hierauf noch zurück — würde die Fürsorge der Säuglingsfürsorgestellen für die Haltekinder besonders nützlich machen.

b) Kinder in der Familie.

Wenn die Berliner Haltekinder keinen erheblichen Nutzen aus den Säuglingsfürsorgestellen ziehen, so wäre zu untersuchen, wie es mit den an Zahl überwiegenden *unehelichen Kindern* steht, *die von der Mutter selbst oder ihren Verwandten verpflegt werden*. Hierbei wäre besonders zu beachten, wie weit die natürliche Ernährung durch die Säuglingsfürsorgestellen gefördert wird. Bevor wir hierauf eingehen, muß ausdrücklich hervorgehoben werden, daß sich die Verhältnisse derjenigen unehelichen Kinder, welche die Säuglingsfürsorgestelle aufsuchen, nicht denen der unehelichen *überhaupt* ohne weiteres gleichsetzen lassen. Die Säuglingsfürsorgestelle stellt sich wegen dauernder Überfüllung je länger je mehr nur den ganz Bedürftigen zur Verfügung und vielleicht hängt es zum Teil hiermit zusammen, daß die Verhältnisse der Unehelichen, die uns aufsuchen, ganz besonders erbärmlich zu sein pflegen; der soziale Tiefstand und die Bedürftigkeit kann in der Tat oft nicht schlimmer als er uns entgegentritt, gedacht werden. Die Fürsorge setzt daher bei den Unehelichen immer sehr prompt ein und geht mit sorgfältiger Überlegung und oft mit dem Maximum der uns möglichen Aufwendung vor; die Art der Unterstützung in ihren verschiedenen Formen wurde weiter oben (S. 54) geschildert. Die Armen- und Waisenpflege wird, wo es nötig ist, durch uns angerufen.

Zunächst ist es klar, daß selbst das Maximum unserer Beihilfe — 24 Mark im Monat — dem Neugeborenen *nicht für sich allein* die mütterliche Pflege verschaffen kann. Vielmehr muß noch von irgend einer andern Seite ein ergänzender Zuschuß erfolgen. Das könnte in seltenen Fällen für die ersten Wochen das Krankengeld der Krankenkasse sein (vgl. S. 15 u. f.) und gelegentlich hat sich auch einmal die Mutter etwas für die erste Zeit nach der Entbindung zurückgelegt. Nach Ablauf

1) Vgl. die im Jahre [illegible] erschienene Dienstanweisung für die polizeilichen Haltekinder-Aufsichtsdamen in Berlin.

der ersten Wochen ist ein Verbleiben des Säuglings bei der Mutter nur dann denkbar, wenn sie sich durch häusliche Arbeit ernährt oder einen Zuschuß erhält. Die erste Möglichkeit — häusliche Arbeit in eigener Wohnung — besteht meist nur dann, wenn die Mutter schon früher einen entsprechenden Beruf als Näherin, Putzmacherin u. dgl. hatte. In dem zweiten Fall kann sie die Pflege ganz in eigener Wirtschaft durchführen, wenn der Vater des unehelichen Kindes den Unterhalt bestreitet, wobei er unter Umständen überhaupt mit der Mutter in wilder Ehe lebt und die Wohnung teilt. Zuweilen liefert auch die Armenverwaltung den Zuschuß, der nötig ist, um im Hause zu bleiben — wenn nämlich eine größere Kinderzahl besonders bei früher verheirateten Frauen, die Erwerbsmöglichkeit beschränkt. Viel häufiger ist allerdings bei den ledigen Müttern, welche die Säuglingsfürsorgestelle in Anspruch nehmen, der Fall, daß sie ihr Brot außer dem Hause vor allem als Arbeiterin suchen und daher selbst mit der Pflege ihrer Kinder wenig zu tun haben. Am häufigsten wohnt die Mutter bei ihren Eltern oder der verwitweten Mutter und ihr uneheliches Kind bildet einfach einen unerwünschten Zuwachs der Kinderschar, für welche die Versorgung schon ohnedies schwer genug fällt. Seltener wohnt die Mutter in Schlafstelle und wird ihr Kind am Tage von den Wirtsleuten verwartet; auch hier liegen natürlich die Verhältnisse meist sehr ungünstig.

Wenn wir den Einfluß, den die Säuglingsfürsorgestelle unter diesen Verhältnissen auf Pflege und Ernährung des Kindes haben kann, untersuchen, so wird uns natürlich die Forderung der natürlichen Ernährung an erster Stelle beschäftigen.

Mit einigem Erstaunen wird man sehen, daß von den unehelichen Kindern, die nicht in Haltepflege sind, in den letzten Jahren bei ihrem Eintritt etwa die Hälfte natürlich ernährt wurde.

Neu aufgenommen	Uneheliche überhaupt	hiervon bei der Mutter	In Prozenten	hiervon an der Brust	in Prozenten
1./I. 1906 bis 30./III. 1907	837	401	48	164[1])	41[1])
1./IV. 1907 „ 30./III. 1908	708	390	55	211[1])	54[1])
1./IV. 1908 „ 30./III. 1909	658	461	70	235	51.

Da die Einleitung der natürlichen Ernährung und ihre Fortführung, die gerade bei den Ledigen aus bekannten Gründen sehr bald in Frage gestellt wird, nur etwa bis zum Ablauf der vier ersten Wochen beeinflußt werden kann, so ist von besonderer Bedeutung, wieviel Brustkinder im 1. Lebensmonat zugingen, und es erscheint immerhin erfreulich, daß dies über die Hälfte (59·4%) aller Brustkinder waren — 142 von 239 Brustkindern gegenüber 64 unter 277 Flaschenkindern (von 516 im Jahre 1908/09 abgeschlossenen Fällen). Übrigens kamen die Wöchnerinnen des 1. Monates nur in 13% auf Veranlassung von Hebammen und Ent-

[1]) Diese Zahlen sind etwas zu hoch, da hier die in Familienpflege gegebenen Mütter mitbezogen sind.

bindungsanstalten, die meisten wurden durch Verwandte und Bekannte geschickt und ein kleinerer Teil kannte die Anstalt von früher her; da die gesetzliche und berufsmäßige Fürsorge für die unehelichen Kinder dieses Alters noch fast ganz versagt, muß man auf die Popularität der Säuglingsfürsorgestelle den größten Wert legen; hierbei ist es von Wichtigkeit, daß in unserer Anstalt die ledige Mutter in jedem Falle (bei Ortsfremdheit freilich nur in beschränkter Weise) Rat und Hilfe zu finden hoffen darf. Tatsächlich ist übrigens daher die Zahl der im Wochenbett beratenen Ledigen noch viel größer als sie in den Akten der Säuglingsfürsorgestelle registriert ist; viele Mütter werden ohne weiteres der geschlossenen oder Familienpflege überwiesen. Da bei den Neugeborenen vor allem unser Streben dahin geht, ihnen mindestens vorläufig die Mutterbrust zu sichern, so tritt hierdurch an und für sich die Fürsorge für Brustkinder in den Vordergrund und kann durch die Möglichkeit ausgiebiger Stillunterstützung besonders wirksam werden. Die größere Zahl der unehelichen Brustkinder des 1. Monates kann daher ebensowenig wie bei den ehelichen einen Schluß auf die Häufigkeit des Stillens bei den Ledigen erlauben.

Gegenüber 142 Brustkindern des 1. Monates gingen im 2. Monate 48, im 3. 27, im 4. noch 10 und in den späteren Monaten noch 12 der Säuglingsfürsorgestelle zu. (Zugänge des Jahres 1908/09.)

Es traten, wenn wir nur die Erledigten des gleichen Jahrganges berücksichtigen (185), innerhalb 14 Tagen 27% (49), weiter bis zum Ablauf des 1. Monates der Fürsorge 7% (13), also innerhalb des 1. Monates schon 1/3 der Eingetretenen wieder aus, so daß nur 123 uneheliche Brustkinder länger als 1 Monat in der Säuglingsfürsorgestelle unterstützt und überwacht wurden. Von ihnen verblieben in der Fürsorge bis zum Alter von

1 u. 2	2 u. 3	3 u. 4	4 bis 11 Monaten
17	15	10	81 Säuglinge.

Besonders dürften die im 1. Lebensmonat eingetretenen Brustkinder interessieren. Von ihnen traten nach 1 bis 2 Besuchen, spätestens nach 14 Tagen — zum Teil durch Überweisungen in Anstalten, 2 durch Tod — schon 30% (34) wieder aus; bei 71, die länger als 1 Monat in der Fürsorge blieben, erfolgte der Austritt im Alter von

1 u. 2	2 u. 3	3 u. 4	4 u. 5	5 bis 11 Monaten
18	10	5	10	29 mal.

Es ist also von allen unehelichen Kindern, die bei der Aufnahme an der Brust waren, allerdings etwa 1/3 schon innerhalb eines Monates wieder aus der Säuglingsfürsorgestelle verschwunden, von dem Rest aber ist unter großen Opfern der Säuglingsfürsorgestelle und, wie man unbedenklich sagen darf, durch diese Opfer ein großer Teil während eines besonders langen Zeitraumes in Überwachung gehalten.

Es wird allerdings dies günstige Bild erheblich dadurch getrübt, daß von diesen 123 länger als 1 Monat in Aufsicht gebliebenen Kindern nicht weniger als 52 früher oder später schon während der Beobachtung entwöhnt wurden und weiter mit Säuglingsnahrung unterstützt werden mußten. Von ihnen wurden 20 sogar schon während des 1. Monates der Fürsorge von der Brust abgesetzt. Da die Entwöhnung nicht immer mit unserem Wissen und unter Fütterung mit unserer Säuglingsmilch erfolgte, hatten wir wesentlich hierdurch (in einigen Fällen bei Zwiemilchernährung) nicht weniger als 9 Todesfälle zu verzeichnen, während von den bis zur Entlassung Gestillten 3 starben und 2 weitere Kinder ins Krankenhaus kamen.

Von den 103 länger als einen Monat nach der Aufnahme Gestillten blieben an der Brust bis zu einem Alter von

1 u. 2	2 u. 3	3 u. 4	4 u. 5	5 bis 11 Monaten
29	16	11	13	44.

Dieses Fazit der natürlichen Ernährung scheint uns immerhin noch ein recht günstiges zu sein, besonders im Hinblicke auf die besonders großen Gefahren der künstlichen Ernährung, wie wir sie soeben nach der Abstillung drohen sahen und wie wir sie weiterhin bei den von Geburt an Gepäppelten feststellen werden.

Dies überhebt uns jedoch nicht der Mühe zu untersuchen, unter welchen Verhältnissen ein Erfolg unserer Fürsorge überhaupt erst möglich war.

Wir hatten schon oben darauf hingewiesen, daß die natürliche Ernährung als ein Teil der Kindespflege die Mutter an ihr Heim fesselt. Es wächst daher mit dem Besitz eines eigenen Heims die Möglichkeit, das Kind zu stillen. Stellen wir Ledige, die nach der Aufnahme ihr Kind noch länger als 1 Monat ausschließlich stillten, solchen gegenüber, die mit einem künstlich genährten Kinde zu uns kamen, so ergibt sich folgendes:

Wohnen	Stillende Mütter	In Prozenten	Päppelnde Mütter	In Prozenten
in Schlafstelle . . .	15	12	51	22
bei Verwandten . . .	35	29	109	46
in eigener Wohnung	71	59	75	32
	121	100	235	100

Mehr als die Hälfte der stillenden ledigen Mütter wohnte also im eigenen Heim. Dies wird nun ganz wesentlich dadurch ermöglicht, daß der Vater des unehelichen Kindes zu dem Lebensunterhalte beisteuert, sehr häufig überhaupt mit der Mutter zusammen im Konkubinate

lebt. Bei den in der vorigen Tabelle erwähnten Fällen war Zahlung des Vaters in folgender Weise bekannt, wenn ich von den Vätern absehe, die zurzeit durch Arbeitslosigkeit, Militärdienst u. dgl., nicht zahlen konnten:

Mutter wohnt	Stillende Mütter	Vater zahlt	In Prozenten	Päppelnde Mütter	Vater zahlt	In Prozenten
in Schlafstelle bei Verwandten	50	13	26	160	35	22
in eigener Wohnung	71	45	63	75	49	65
Hierbei im Konkubinat	(34)	(34)		(38)	(36)	
	121	58	48	235	84	36

Es trug also bei eigener Wohnung der Mutter der Vater in 63% zu dem Unterhalte bei, wobei er in $^3/_4$ der Fälle mit der Mutter im Konkubinate lebte.

Bei den Päppelkindern beteiligt sich bei der Unterhaltung des eignen Heimes der Vater gleich häufig. Es kommt aber das eigene Heim überhaupt seltener vor.

Es ergibt sich hieraus der zwingende Schluß, daß bei den unehelichen Kindern die Wahrscheinlichkeit der natürlichen Ernährung in hohem Maße von den Beziehungen der unehelichen Eltern bestimmt wird; hierbei kommt das Konkubinat stark in Betracht.

Für die Säuglingsfürsorgestelle liegen infolge des sozialen Tiefstandes seines Publikums die Verhältnisse bei den in wilder Ehe lebenden Müttern nicht viel anders als bei vielen ehelichen Müttern: in beiden Fällen Not und Elend durch Arbeitslosigkeit oder nicht ausreichenden Erwerb oder Krankheit des Mannes; auch beim Konkubinat eine größere Zahl von Kindern, die allerdings hinter der bei Ehen gewöhnlichen Zahl zurückbleibt.

Jedenfalls läßt sich aus diesen Verhältnissen erkennen, daß bei den Ledigen ebensogut wie in den Arbeiterehen an und für sich eine gewisse Zahl von Kindern die Brust bekommen würde, daß also die Säuglingsfürsorgestelle oft nur soweit das Stillen fördert, als dies durch ihre armenpflegerische Unterstützung und ihre erziehende Tätigkeit überhaupt möglich ist.

Daneben bleibt eine gewisse Anzahl von Fällen, wo die Mutter, ausschließlich auf ihrer Hände Arbeit angewiesen, überhaupt erst durch die ergänzende Unterstützung der Säuglingsfürsorgestelle die Möglichkeit zum Stillen erhält.

Wenn wir uns schließlich den künstlich genährten Säuglingen zuwenden, die mit ihrer ledigen Mutter zusammen bleiben, so sind sie, wie die vorletzte Tabelle erkennen ließ, zu $^1/_4$ im eigenen Heim der Mutter, fast zur Hälfte bei Verwandten, meist bei den Großeltern, und zu einem kleineren Teile in Schlafstellen verpflegt. In den beiden

letzten Fällen ist die Mutter selbst kaum an der Pflege beteiligt. Die an und für sich ungünstigen Verhältnisse der Päppelkinder erreichen hier wohl ihren Tiefstand. Die Pfleger der Kinder haben für die hygienischen Bedürfnisse wenig Zeit, Geld und Verständnis. Von 235 Päppelkindern wurden uns 128, also über die Hälfte (54·4 %), höchstens ½ Monat, meist wegen Krankheit, vorgeführt! 85 von ihnen kamen sogar nur 1- bis 2mal und wiesen schon 11 Todesfälle auf. Im ganzen starben von diesen 128 Kindern 21, 2 andere wurden ins Krankenhaus, 5 ins Waisenhaus gebracht. Von 20 weiteren Kindern, die bis zu 1 Monat in Behandlung waren, starben 1. Darüber hinaus, also länger als 1 Monat, blieben nur 87 Kinder in Fürsorge, von denen 6 starben und 2 dem Krankenhause überwiesen wurden. Es waren von der Gesamtzahl der Kinder (235) 149 = 63·4 % in den ersten 3 Lebensmonaten eingetreten und von diesen sind bei oder unmittelbar nach der Behandlung 26, also 17·4 %, gestorben. Von den 86 Kindern, die nach dem 3. Lebensmonat eintraten, starben nur 5 und diese sämtlich in dem ersten halben Monate der Fürsorge.

Es werden also verhältnismäßig am meisten Flaschenkinder gebracht, die meisten von ihnen wegen Erkrankung. Unter den letzteren sind die jüngeren oft in einem Zustande und unter Verhältnissen, denen gegenüber die ärztliche Tätigkeit versagt. Länger als 1 Monat blieben (zum Teil ebenfalls krank eintretend) überhaupt nur 87 künstlich ernährte Kinder lediger Mütter (von den Haltekindern abgesehen) in Beobachtung. Hiezu kam noch eine gewisse Zahl Kinder (52), die an der Brust eintraten und später mit der Flasche weiter ernährt wurden.

Aus dieser Analyse der Fürsorgetätigkeit, welche die Säuglingsfürsorgestelle I für die unehelichen Kinder entfaltet, ergibt sich ein wenig befriedigendes Bild. Die große Summe von Mühe und Aufwendungen ist nur bei einer verhältnismäßig kleinen Zahl von Kindern von Erfolg gekrönt.

Viele Kinder kommen nur vorübergehend (von 578 kamen 274 = = 47·4 % höchstens 14 Tage); meist sind sie dann, soweit sie künstlich ernährt sind, krank und haben, trotzdem die Ernährungsstörungen gerade in der Säuglingsfürsorgestelle von der Milchküche aus in entsprechender Weise diätetisch behandelt werden, eine hohe Sterblichkeit. Auch von den Brustkindern erliegt noch ein Teil, weil er vorzeitig entwöhnt wird. Die prophylaktische Aufgabe der Säuglingsfürsorgestelle kann nicht erfüllt werden, weil die Päppelkinder nicht rechtzeitig zugeführt werden. Nur ein kleiner Teil der Päppelkinder bleibt länger in erfolgreicher Überwachung. Bei den Brustkindern sind die Erfolge im ganzen dank einer besonders intensiven Fürsorge nach Dauer und Erfolg der Überwachung befriedigend. Selbst einzelnen Müttern, die bald wegblieben, konnte durch Rat und Tat geholfen werden. Eine genauere Untersuchung zeigte uns, unter welchen besonderen Umständen bei den Ledigen die Stillunterstützung der Säuglingsfürsorgestelle Erfolg verspricht.

═

Familienpflege für obdachlose Wöchnerinnen und ihre Kinder.

Von H. Neumann.

Ohne Zweifel wird man schon lange hier und dort obdachlose Wöchnerinnen mit ihren Kindern bei Familien unterbringen. Daß dies in einer deutschen Großstadt systematisch geschieht, ist uns jedoch nicht bekannt, so daß es wohl nicht überflüssig ist, hierüber Genaueres mitzuteilen[1]).

In unserem „Kinderhaus“, in dem u. a. geschlossene und offene Fürsorge für Säuglinge ausgeübt wird (durch die Wöchnerinnenunterkunft einerseits und durch die städtische Säuglingsfürsorgestelle andererseits), kam es häufiger vor, daß die Aufnahme in die Unterkunft wegen Überfüllung nicht möglich war; wir gaben dann, seit dem Jahre 1906, wohl einer der uns aus der Säuglingsfürsorgestelle in ihren Verhältnissen genauer bekannten Frauen, die gerade anwesend war, die Obdachlose zur vorläufigen Versorgung mit. Hieraus entwickelte sich die **planmäßige Familienpflege**, so daß wir überhaupt nicht mehr gezwungen waren, obdachlose Mütter, die das Kinderhaus aufsuchten, abzuweisen. Es wurde dies allmählich allen interessierten Anstalten und Vereinen bekannt. Allerdings konnte von vornherein dieser Zweig der Fürsorge für Wöchnerinnen nur unter 2 Bedingungen ausgeübt werden. **Erstens** mußte, was keiner weiteren Begründung bedarf, Mutter und Kind im wesentlichen gesund sein und **zweitens** mußte die Mutter das Kind mit der Brust ernähren und bereit sein, dies auch weiter in unserer Fürsorge zu tun. Für die künstliche Auffütterung des Neugeborenen ist die Mutter, die nach ihrer früheren Erwerbstätigkeit zurück verlangt, nicht für längere Zeit zu gewinnen und außerdem gerade in unserem Fall fast immer weniger geeignet als eine gute Pflegefrau. Handelt es sich doch in 7/8 der Fälle um ledige Dienstmädchen, in den übrigen Fällen um ledige Arbeiterinnen, Näherinnen, Schneiderinnen u. s. w. Nicht in jedem Falle wurde trotz bitterer Not das Stillen ohne

1) Für Berlin hatte Dr. Zanner, der „aufsichtführende Medizinalbeamte über das Haltekinderwesen“, in den Blättern für Volksgesundheitspflege 1902, II. Jahrgang, Heft 17 und 18, angeregt, die unehelichen Mütter, welche ihre Kinder stillen, bei Privatleuten auf öffentliche Kosten einzumieten und amtlich (d. h. von der Gesundheitspolizei aus) zu überwachen; es ist aber bei dieser Anregung geblieben. Vgl. H. Neumann, Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907, Nr. 44.

weiteres oder überhaupt zugesagt; kamen doch manche Mütter überhaupt in der Hoffnung, ihre Kinder bei uns einfach abgeben zu können. Allerdings konnte ein eindringlicher Zuspruch oft die Mutter zur Vernunft bringen und damit das Schicksal des Kindes zum Guten wenden. Andere Gegengründe bestanden nicht bei der Aufnahme in die Fürsorge: weder wiederholte Schwangerschaft noch Fehlen der Ortsangehörigkeit.

Die *Aufnahme in Familienpflege und ihr weiterer Verlauf* gestaltet sich in folgender Weise. Im Bureau der Säuglingsfürsorgestelle findet mit der Wöchnerin eine gewisse Aussprache statt, es wird ihr Nationale aufgenommen und es wird von ärztlicher Seite oberflächlich die Mutter, besonders auf die Stillfähigkeit, und genau das Neugeborene untersucht. Erscheint Anstaltspflege sehr erwünscht, so muß allerdings ein gewisses Gewicht auf erstmalige Entbindung und eine gewisse Höhe des moralischen Niveaus gelegt werden (Prostituierte und Personen ähnlicher Art meiden übrigens meist an und für sich die Anstaltszucht); außerdem ist es zur Vermeidung einer Ansteckung unerwünscht, daß sich die Mutter nach der Entbindung, die fast immer in Entbindungsanstalten erfolgt ist, schon einige Zeit bei Privatleuten aufgehalten hat. Vor allem kommt aber oft schon deswegen Anstaltspflege nicht in Frage, weil die Wöchnerinnenunterkunft im Kinderhaus ebenso wie die telephonisch angerufenen ähnlichen Anstalten besetzt sind. Unter Umständen treten die Mütter nach einer vorläufigen Familienpflege noch in die Unterkunft ein, sobald ein Platz frei wird.

Im Bureau wird eine Anzahl Adressen für Familienpflege vorrätig gehalten; es wird eine geeignete ausgewählt und der Wöchnerin mit einer Anweisung an die Wirtin übergeben, nachdem man das oft von Kälte oder Regen mitgenommene, hungernde, durch langes Umherirren erschöpfte und verzweifelte Mädchen etwas instand gesetzt hat. Zuweilen wird eine der vorgemerkten Wirtinnen, wenn sie gerade in der Anstalt ist, befragt, ob sie die Wöchnerin übernehmen und gleich mitnehmen wolle, oder eine in der gleichen Gegend wohnende Mutter, seltener eine unserer Schwestern begleitet sie, in anderen Fällen erübrigt sich eine Begleitung. Gewöhnlich stellt sich am nächsten Tage die Wirtin unserer Wöchnerin im Bureau ein, um über die Verhältnisse und das Benehmen ihres Pfleglings zu berichten, um etwa nötige Wäsche für das Neugeborene zu erbitten und um pränumerando gewöhnlich für 10 Tage das Pflegegeld in Empfang zu nehmen. Unabhängig hiervon wird aber alsbald die Beaufsichtigung der Wöchnerin und ihres Kindes in der Wohnung aufgenommen und zunächst 2- bis 3mal wöchentlich, später 14tägig durchgeführt. Außerdem müssen sich Mutter und Kind alle 8 Tage in der Säuglingsfürsorgestelle dem Arzt vorstellen und hierbei womöglich von ihrer Wirtin begleitet sein, damit diese zu Hause auf die Befolgung der ärztlichen Anordnungen dringen kann.

Die Dauer der Familienpflege hängt von sehr verschiedenen Umständen ab. Jedenfalls sollte das Kind mindestens bis zu einem Alter von 6 bis 8 Wochen die Brust bekommen; eine Entwöhnung in der heißen Jahres-

zeit ist möglichst zu vermeiden. Etwas über die Hälfte der Mütter (60%) kommt unmittelbar aus den Entbindungsanstalten, so daß ihre Kinder 1 bis 2 Wochen alt zu sein pflegen; die übrigen 40%, und zwar ebenfalls mit wenigen Ausnahmen in öffentlichen Anstalten entbunden, erbitten aber erst unsere Hilfe, nachdem sie mehr oder weniger lange sich unter schwierigen Verhältnissen durchgeschlagen haben; hier sind die Kinder schon älter — in einer Hälfte sind hier die Kinder 2 bis 3 Wochen, in einer andern Hälfte 3 bis 6 Wochen alt. Sollte die Entlassung aus der Familienpflege eigentlich bei einem Alter der Säuglinge von 6 bis 7 Wochen erfolgen, so liegen die Verhältnisse oft schon deswegen anders, weil kein Schema unser Handeln beeinflußt, sondern nur der Wunsch auf jede mögliche Weise für die Gesundheit des Kindes nicht nur im Augenblick, sondern überhaupt nach Möglichkeit zu sorgen. So werden manche Kinder aus der Familienpflege schon bald entlassen, ohne daß unsere, im Augenblick der höchsten Not schnell erwiesene Fürsorge etwa erfolglos gewesen wäre; es wurde schon erwähnt, daß einzelne Mütter bald in Anstaltspflege kamen, andere gingen mit ihren Kindern als Ammen in Waisen- und Krankenhäuser oder in die Walderholungsstätte für Säuglinge, einige verheiratete Frauen konnten sich bald wieder eine Häuslichkeit verschaffen, einzelne wenige Mädchen waren zwar im Augenblick hilf- und obdachlos, konnten sich aber bald aus eigenen Mitteln weiter helfen. Auf der andern Seite blieben andere Mütter länger als beabsichtigt, weil sie erst zu einem bestimmten Termin sich mit ihrem Kinde zu den Ihrigen begeben oder wieder ihren Beruf antreten konnten; ein besseres junges Mädchen, das nicht ganz mittellos war, kaufte sich eine kleine Geschäftsfiliale, um mit ihrem Kinde weiter zusammen bleiben und es stillen zu können und wurde bis zu diesem Zeitpunkte von uns erhalten. Vor allem aber wurde die Gesundheit und Entwicklung des Kindes berücksichtigt; abgesehen davon, daß hierdurch an und für sich zuweilen ein längeres Stillen nötig wurde, ging in anderen Fällen die Entwöhnung nur schwierig und langsam vor sich; es kam auch vor, daß bald nach der Entwöhnung eine akute Ernährungsstörung uns zwang, die Mutter von neuem zur Stillung des Kindes in Familienpflege zu nehmen. Unter diesen Gesichtspunkten ist die folgende Zusammenstellung zu beurteilen:

Es wurden verpflegt bis

7 Tage	14 Tage	21 Tage	28 Tage	42 Tage	2 Mon.	3 Mon.	4 Mon.	länger
15	9	9	12	18	21	10	3	1

Es blieben also von 98 erledigten Fällen 53, also etwas mehr als die Hälfte 6 Wochen und länger in Familienpflege.

Den austretenden Müttern wurde vielfach mit Erfolg empfohlen, bei Annahme einer Beschäftigung, welche sie nicht oder nur zeitweise aus dem Hause führte, das Stillen fortzuführen; wenn nötig, wurde ihnen dies zunächst durch eine Stillunterstützung, welche unsere Säuglingsfürsorgestelle gewährte, erleichtert; bei Zwiemilchernährung lieferten wir die Kindernahrung; hierbei konnte auch die Überwachung des Kindes fort-

gestillt werden. 5mal blieben die Mütter hierbei in der Familie, in die wir sie zuerst zur Pflege eingewiesen hatten, andere verzogen zu ihren Verwandten oder anderswohin. 14mal kam die Mutter mit dem Kinde an der Brust in die Wöchnerinnenunterkunft beziehungsweise als Amme in Anstalten, so daß 40mal nach der Entlassung das Kind an der Brust blieb. Zu diesen 40 Brustkindern kommen noch 4 weitere verheiratete Frauen.

Mußten sich die Mütter von den Kindern trennen, so halfen wir ihnen mit Rat und Tat bei der weiteren Versorgung: es wurden ihnen solche Pflegestellen nachgewiesen, die uns als zuverlässig bekannt waren und wo die Pflegemutter bereit war, das Kind weiter von uns überwachen zu lassen. Es wurde das erste Pflegegeld von der Armendirektion beschafft oder das Kind in den Kinderschutzverein gebracht u. a. m.; so kamen 8 Kinder zu Verwandten nach außerhalb, 3 zu Berliner Verwandten, 2 in den Kinderschutzverein, 18 in Haltepflege, ferner 13 ins Waisenhaus, 1 ins Krankenhaus; bei 12 Müttern und Kindern ist von ihrem weiteren Schicksal (für einige erwähnen wir später den Grund) nichts bekannt. Sehen wir von diesen 12 Kindern ab, so wurden also von insgesamt 89 Säuglingen die Hälfte (44) weiter gestillt.

Nunmehr kommen wir dazu, die Familienpflege selbst und das Leben von Mutter und Kind in der Pflege genauer zu schildern. Bei der Wahl der Pflegestelle verlangen wir eine geräumige Wohnung von 3 oder mehr Räumen, die einen freundlichen und sauberen Eindruck macht; unser Pflegling muß sein eigenes Bett, das Neugeborene seinen Korb oder Kinderwagen haben. Schlafleute dürfen unter keinen Umständen vorhanden sein. Auch vermeiden wir Häuser, in denen sich Fabriken oder größere Betriebe befinden. Aus unseren Anforderungen an die Wohnung geht schon hervor, daß wir uns unter den kleinen Leuten — Arbeitern und Handwerkern, die die Säuglingsfürsorgestelle besuchen — solche heraussuchten, die in einigermaßen gesicherten Verhältnissen waren: das Familienhaupt mußte einen festen Verdienst haben und durfte keine Armenunterstützung beziehen; wenn nötig, wurde beim Hausbesitzer Auskunft eingezogen. Wir hatten über die Hausherren wohl nie zu klagen; wir hatten unter ihnen welche, die die Vormundschaft über unsere Kinder übernahmen; einer von ihnen hat die Sache des Mädchens erfolgreich ausgeklagt. Zu Eifersucht hatten die Pflegefrauen keinen Anlaß — wir würden dies nicht erwähnen, wenn nicht vor einigen Jahren von stadtärztlicher Seite die merkwürdige Behauptung aufgestellt wäre, daß schon aus diesem Grunde in Berlin Familienpflege schwer zu beschaffen sei.

Die Wirtinnen dürfen keine Beschäftigung außer dem Hause haben; eine Beschäftigung im Hause — Nähen an der Maschine oder mit der Hand oder ähnliches — ist sogar erwünscht, da sich hierbei dem Mädchen Gelegenheit bietet, eine häusliche Beschäftigung zu erlernen und sich etwas zu verdienen. Daß sie die junge Mutter bei der Pflege des Neugeborenen, die ihr durchaus nicht abgenommen werden soll, anleiten, ist selbstverständlich; da wir nur solche Frauen wählen, die unter unserer Aufsicht

den eigenen oder einen fremden Säugling zur Zufriedenheit verpflegt haben, so zeigte sich in dieser Hinsicht auch keine Schwierigkeit. Die Kinder der Wirte kamen für uns weniger in Betracht; war ein jüngeres vorhanden, so wurde darauf gedrungen, daß die Pflege möglichst getrennt blieb. Bestand bei unserem Pfleglinge Augenblennorrhöe oder Verdacht auf Syphilis, so kam es mit der Mutter zu einer kinderlosen Familie in Pflege.

Was wir bisher von Anforderungen an die Familienpflege erwähnten, ließ sich verhältnismäßig leicht feststellen; viel schwieriger war Sicherheit darüber zu erlangen, ob Pflege und Behandlung berechtigten Anforderungen entsprach. Besonders im Beginn hatten wir wohl gelegentlich Mißgeschick: Wirte und Pflegling assoziierten sich zusammen, verheimlichten uns den Eingang von Geldmitteln oder steckten sonst wie unter einer Decke. Selbst bei anfänglich bewährten Pflegefrauen ließ gelegentlich die Güte der Verpflegung oder die Freundlichkeit der Behandlung nach. Zuweilen wurde der Versuch gemacht, die Arbeitskraft der Wöchnerin ungebührlich auszunutzen. Nur allmählich konnten die Schwestern zuweilen sichere Kenntnis von solchen Unregelmäßigkeiten gewinnen und die Familie von unserer Liste streichen. Wir gebrauchen uns ergebene und zuverlässige Pflegeparteien, die es bei aller Güte doch auch nicht an Entschiedenheit gegenüber ihren Pfleglingen fehlen lassen. Im ganzen waren, dank einer sorgfältigen Auswahl und Überwachung, unsere Erfahrungen günstig. Manche Parteien zeigten sich in dem Maße, als sie häufiger Pensionäre bekamen, unseren Anforderungen — im besonderen auch in der Anleitung zum Stillen — immer besser gewachsen. Das Verhältnis der Wirtinnen zu den Wöchnerinnen gestaltete sich oft geradezu mütterlich und blieb noch Monate nach der Trennung herzlich. Das ergibt sich u. a. auch schon aus der Tatsache, daß die Mütter oder Kinder zuweilen auch noch nach der Entlassung aus der Familienpflege dort verblieben. Auch sonst besuchten die Mütter oft noch nach der Entlassung ihre früheren Wirtinnen und berieten sich mit ihnen über ihre Angelegenheiten.

Die Kosten der Verpflegung betrugen für den Monat zuerst 30 Mark, jetzt 35 Mark und werden sich in Zukunft auf 40 Mark[1]) steigern. Hierzu kommen noch 2 bis 8 Mark monatlich für die Fahrten nach und von der Säuglingsfürsorgestelle und verschiedene Kleinigkeiten bei der Pflege der Kinder, ferner etwas Kinderwäsche und gelegentlich zum Ausfahren ein Kinderwagen. Das Geld für die Pension hat insofern für die Pflegepartei einen erhöhten Wert, als sie mit keinem Ausfall zu rechnen braucht; anderseits nehmen sich die Leute zuweilen in Erwartung eines Pensionärs eine größere Wohnung, ohne daß wir ihnen gleich eine Mutter zuweisen können.

---

[1]) In der letzten Zeit zahlt für Ortsangehörige die Waisendeputation aus [illegible] Mitteln, die der Schmidt-Gallisch-Stiftung überwiesen werden, 1 Mark täglich. Der Rest sowie die ganzen Kosten für Nichtortsangehörige werden aus Privatmitteln bestritten.

Wie befand sich nun unter den geschilderten Verhältnissen M u t t e r und K i n d i n d e r F a m i l i e n p f l e g e? Aus tiefster Not in ein gesundheitlich und sozial entsprechendes Heim versetzt, waren viele Mütter dankbar und führten sich dauernd gut. Manche hatten zunächst nicht das richtige Verständnis für die Gründe unserer Fürsorge und erwarteten die Ungebundenheit, an die sie von ihren früheren Schlafstätten her gewöhnt waren; durch richtiges Verhalten der Pflegewirtin ließen sie sich aber meist zur Pflege ihres Kindes und zu einem geeigneten häuslichen Verhalten anlernen. Bei einigen anderen allerdings kamen mit der körperlichen Kräftigung auch die ungünstigen Seiten ihres Charakters zum Vorschein, indem sie sich frech, faul, verlogen zeigten und bei dem Säugen ihres Kindes Schwierigkeiten machten, da mußte dann die Energie der Pflegemutter und ärztliches Zureden, auch der Hinweis, daß die Hilfe jederzeit widerruflich sei, nachzuhelfen suchen. Waren schon ausnahmsweise Wöchnerinnen, die nur ihr Kind abgeben wollten, gar nicht in die ihnen zugewiesene Familie gegangen, so gingen aus der Familienpflege unter 101 Fällen 5 heimlich wieder mit dem Kind fort, 2, eine Erzieherin und eine Arbeiterin, ließen bei ihrer heimlichen Entfernung das Kind zurück und 3 mußten wegen ihres ungebührlichen Betragens von uns entlassen werden. Auch fehlte es, wo das Kind dem Waisenhause übergeben wurde, zuweilen an mütterlicher Liebe; einmal kam das Kind dorthin durch Vermittlung einer Annoncenvermieterin, die sich als Verwandte bei uns eingeführt hatte; es schien uns zuweilen von den städtischen Organen nicht genügend betont zu werden, daß die Mutter trotz Abgabe in das Waisenhaus nach Vermögen weiter Verpflichtungen zu erfüllen hat. Wenigstens sahen wir Fälle, wo zur Abgabe des Kindes kein triftiger Grund vorlag.

Am wichtigsten ist für uns die Erfahrung, die wir über den Einfluß der Familienpflege auf das Gedeihen des K i n d e s machten. Das Kind bekam immer die Brust, wenn nötig, mit der aus der Säuglingsfürsorgestelle verschriebenen und gelieferten Beikost — Säuglingsmilch oder fertige Nahrung aus der Milchküche — und wurde vor der Entlassung entwöhnt, wenn es nicht weiter an der Brust bleiben konnte. Wenn die Mutter plötzlich den Entschluß faßte, eine Stellung anzunehmen, war es zuweilen nicht leicht, die Zeit für die Entwöhnung durch energisches Zureden zu gewinnen; in einem Fall zeigte sich eine Idiosynkrasie selbst gegen kleinste Mengen Kuhmilch, so daß sich die Entwöhnung schwierig und langwierig, aber doch mit vollem Erfolg — das Kind steht jetzt im 2. Lebensjahre — vollzog. (Neben der Brust verdünnte Magermilch in steigender Konzentration.) Es hatten von 103 Kindern bei dem Eintritte gewogen bis 2000 Gramm 5, 2000 bis 2500 Gramm 4, 2500 bis 3000 Gramm 30, 3000 bis 3500 Gramm 20, 3500 bis 4000 Gramm 29, über 4000 Gramm 14 Kinder. Es nahmen im Durchschnitt täglich zu: ± 0 Gramm 20, bis 10 Gramm 18, bis 15 Gramm 11, bis 30 Gramm 42, über 30 Gramm 17 Kinder, also mehr als 10 Gramm 70, mehr als 15 Gramm 59 von 108 Kindern. Es beziehen sich die zu geringen Zunahmen zum Teil auf Pfleglinge, die nur kurze Zeit bei uns waren. Pfleglinge unter 2000 Gramm

dürften sich weniger für Familien- als für Anstaltspflege eignen und wurden auch mehrfach, wenn möglich, in sie überwiesen. Unter 55 Aufnahmen des Jahres 1908 kam nicht weniger als 4mal Erbsyphilis in der Pflege zum Ausbruch. 2 dieser Kinder kamen ins Waisenhaus, 2 ins Krankenhaus.

Unsere Erfahrungen mit der Familienpflege führen uns zu folgenden Schlüssen. Es läßt sich systematische Familienpflege ebenso wie Anstaltspflege als eine Form der Fürsorge für obdachlose Wöchnerinnen und ihre Neugeborenen organisieren. Allerdings handelt es sich in beiden Fällen fast nur um eine Fürsorge für ledige Wöchnerinnen der Entbindungsanstalten, während in Schlafstellen entbundene Ledige, deren Kinder ebenfalls stark gefährdet sind, unsere Familienpflege nie in Anspruch nehmen. Wir haben es hier also nur mit einem beschränkten Zweig der Fürsorge für Uneheliche zu tun, der schon an und für sich für Mutter und Kind sehr segensreich, es noch vielmehr werden könnte, wenn schon bei dieser Gelegenheit die Bevormundung kräftig einsetzte; dies wäre bei einer Berufsvormundschaft über die Unehelichen leicht möglich.

Die Wahl zwischen Anstalts- und Familienpflege hängt, soweit es sich um die Wöchnerin selbst handelt, davon ab, ob sie sich für Anstaltspflege eignet. Mütter von wesentlich normaler psychischer und körperlicher Verfassung können gleich gut in die eine wie die andere Pflege gegeben werden. Besondere Fälle hingegen, — sehr junge oder sehr schwächliche Mütter, Mütter mit schwierigen Familienverhältnissen, die durch vorsichtiges Eingreifen zu ordnen sind, Mädchen, die zur Amme ausgebildet werden sollen — gehören in eine Anstalt; ebenso besonders beschränkte Mütter, die sorgfältig geschützt und dann besonders vorsichtig, etwa bei einer auswärtigen Familie untergebracht werden müssen. Umgekehrt können gewisse moralisch minderwertige und unbotmäßige Mütter, soweit sie sich überhaupt noch einer Fürsorge unterordnen, zuweilen nur in Familienpflege gebracht werden.

Daß die Familienpflege ebenso wie die Anstalt durch die natürliche Ernährung und gute Pflege vielen Kindern unter den besonderen Verhältnissen, wie sie hier vorliegen, das Leben erhält, bedarf keines Nachweises. Soweit sie eine besonders mühevolle und geschickte Pflege verlangen — also vor allem Frühgeburten — sind sie aber in einer Anstalt besser aufgehoben. Sie bei Erkrankung einem Krankenhaus einzuweisen, ist möglichst zu vermeiden, da sie hiermit gewöhnlich der besten Chance für die Heilung — der Mutternahrung — verlustig gehen. Insofern ist selbst bei Syphilis unter Pflegeverhältnissen, welche eine gute Isolierung erlauben, nicht sofort das Aufgeben der Familienpflege nötig.

Wesentlich ist nun aber für die Frage: Familien- oder Anstaltspflege? die Tatsache, daß die Ausdehnung der letzteren gering ist, während sich die Familienpflege beliebig entfalten läßt. Der 2. Kernpunkt ist die größere Billigkeit der Versorgung, die sich etwa auf 45 Mark monatlich stellt, während Anstaltspflege 75 bis 90 Mark kostet. Allerdings ist bei

den Unkosten der Familienpflege die pflegerische und ärztliche Versorgung sowie die bei Zwiemilchfütterung und bei der Entwöhnung erforderliche Kinderernährung nicht eingerechnet; sie geht auf die Kosten der Säuglingsfürsorgestelle und stellt sich hierbei billiger, als wenn sie für die Familienpflege besonders eingerichtet würde.

Die *Säuglingsfürsorgestellen* sind an und für sich — besonders aber, wenn sie nach meinem Vorschlag die verschiedensten Zweige der Fürsorge möglichst vollständig umfassen und in enger Beziehung zur Berufsvormundschaft stehen — geeignet, die Familienpflege obdachloser Wöchnerinnen und ihrer Kinder zu übernehmen und sich auch nachher weiter um die Kinder zu bekümmern; besonders erfolgreich ist eine gleichzeitige Verbindung mit einem Wöchnerinnenheim. Solche Anstalten können auch für sich allein — allerdings schwerer und mit größeren Kosten — die Familienpflege als Außenbetrieb neben ihrem Innenbetrieb einrichten und hierdurch ihre Tätigkeit erweitern.

Verbesserte Säuglingsfürsorge in Heim- und Außenpflege.

Von E. Oberwarth.

Über die Bedeutung der Säuglingsheime im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit sind die Akten noch nicht geschlossen.

Um hierüber zu einer klareren Einsicht zu gelangen, bedarf es, mehr als das bisher geschieht, rückhaltloser und kritischer Berichte aller Heime, die junge Säuglinge von der Geburt an oder nach Entlassung aus der Gebäranstalt verpflegen. Diese Berichte dürfen sich nicht auf die Zeit des Anstaltsaufenthaltes beschränken, sondern müssen das Schicksal sämtlicher verpflegter Kinder, auch nach der Entlassung, mindestens bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres verfolgen. Nur dieser mühevolle Weg kann zu dem Ziele führen, den Wert oder Unwert der Anstaltspflege, ihre Bedeutung für Säuglinge verschiedener Konstitution in Hinsicht auf Erhaltung lebensschwacher sowie nachhaltiger Kräftigung aller Pfleglinge in einwandfreier Weise klarzustellen.

Die Unterkunft für hilfsbedürftige Wöchnerinnen und deren Säuglinge hat sich seit ihrer Gründung dieser mühsamen Aufgabe unterzogen. Wir selbst haben vor 2½ Jahren eine ausführliche Zusammenstellung 5jähriger Ergebnisse aus dieser Anstalt veröffentlicht[1]. Unsere Resultate waren so wenig günstig, daß uns von verschiedenen Seiten vorgehalten wurde, daß aus ihnen mehr die Wertlosigkeit wie der Nutzen derartiger Heime herauszulesen sei.

In der Tat konnte das ungünstige, zahlenmäßige Resultat leicht zu diesem ablehnenden Urteile verführen. Dieses mußte aber modifiziert werden, sobald die Eigenart unseres Kindermaterials gebührend berücksichtigt wurde. Es geht durchaus nicht an, unsere Zahlen mit den allgemeinen Mortalitätsziffern ohne weiteres zu vergleichen. Nicht nur sind unsere Pfleglinge fast ausschließlich unehelicher Abstammung, sondern sie sind auch durch ihren Ursprung aus den ärmsten Bevölkerungsschichten besonders schlecht gestellt. Die schlecht genährte, bis kurz vor der Entbindung zu schwerer Arbeit gezwungene Mutter gibt naturgemäß einem

---

[1] Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, [illegible]. Bd. I.

Kinde das Leben — häufig vor Ablauf der normalen Schwangerschaftszeit —, das in Hinsicht auf Körpergewicht und allgemeine Konstitution weit unter der Norm steht[1]).

Wenn also so schlecht ausgerüstete Säuglinge nur die Durchschnittsmortalität im 1. Lebensjahre haben, so ist das eben unzweifelhaft schon als ein großer Erfolg der Anstaltspflege anzusehen.

Um so größer darf deshalb unsere Befriedigung darüber sein, daß besonders in den letzten Jahren, wie folgende Tabelle lehrt, die Zahl der von uns entlassenen Kinder, die das 1. Lebensjahr vollenden, wesentlich größer geworden ist.

Es starben von allen Ermittelten vor Vollendung des 1. Lebensjahres aus den Jahren

	inklusive der in der Anstalt gestorbenen	mit Abzug der in der Anstalt gestorbenen
1901 bis 1905	37·3%	33·8%
1906	32·5%	31·8%
1907 bis 1. VII. 1908	18·6%	16·7%

Die Gründe dieses ebenso erfreulichen wie auffallenden Rückganges wollen wir nun zu erforschen suchen, in der Hoffnung, hiermit zugleich zu einer objektiven Wertschätzung der Säuglingsheime beizutragen und vielleicht auch den Weg zu besseren Erfolgen manchem zu ebnen, dem noch nicht so langjährige Erfahrungen zu Gebote stehen. Es wird hierzu nötig sein, in derselben Weise, wie in unserer früheren Arbeit, durch zahlenmäßige Angaben die Art unseres Säuglingsmaterials zu charakterisieren, zum Beweise, daß nicht etwa dieses sich so wesentlich geändert hatte, um von vorn herein bessere Lebenschancen zu besitzen.

Des weiteren müssen wir untersuchen, was sich sonst in unseren Maßnahmen im Heime und bei der Kontrolle der Außenpflege geändert hat, damit wir so zu einer Erklärung der besseren Ergebnisse gelangen.

Unser Bericht erstreckt sich auf die im Jahre 1907 und bis zum 1. Juli 1908 geborenen und mit der Mutter in der Anstalt aufgenommenen Säuglinge, weil diese bis zum heutigen Tage das 1. Lebensjahr vollendet haben können.

In diesen 1½ Jahren wurden 292 Kinder aufgenommen. Fast alle kamen wieder wie alljährlich unmittelbar aus den Entbindungsanstalten zu uns und standen fast sämtlich im Alter von 10 bis 12 Tagen.

Wir geben zunächst einen Überblick über das Körpergewicht der Kinder bei ihrem Eintritt in die Anstalt, und zwar zum Vergleiche noch von den 1901 bis 1905 und 1906 Aufgenommenen:

---

[1]) Unsere Pfleglinge sind fast sämtlich in Anstalten geboren. Im Jahre 1898 hatten die in Anstalten geborenen Unehelichen, wenn man ihre Sterblichkeit für den 16. Lebenstag bis zum Ende des 1. Jahres berechnet (nach H. Neumann), noch eine Sterblichkeit von 22·1%! Sie kommen zu uns sogar schon etwa am 10. Lebenstage, so daß sich dieser Satz hierdurch noch erhöht.

Es wogen:	1907 bis 1908	1901 bis 1905	1906
bis 1500 Gramm	1 Kind = 0·5%	1·2%	2·0%
1500 „ 2000 „	6 Kinder = 3·0%	4·2%	7·5%
2000 „ 2500 „	20 „ = 10·0%	12·9%	9·8%
2500 „ 3000 „	57 „ = 28·5%	34·1%	29·3%
3000 „ 3500 „	75 „ = 37·5%	32·2%	35·2%
3500 „ 4000 „	30 „ = 15·0%	13·2%	11·8%
über 4000 „	13 „ = 6·5%	1·7%	3·8%

Im ganzen waren die Kinder der diesmaligen Berichtszeit etwas schwerer als in den früheren Jahren, der Unterschied ist aber nicht so erheblich, um allein die große Verschiebung der Mortalitätsziffer zu erklären.

Von größerer Bedeutung ist hingegen sicherlich die gegen früher sehr verbesserte Pflege der Säuglinge in den Entbindungsanstalten; hier haben die immer wieder von Pädiatern gemachten Vorstellungen offenbar günstig eingewirkt. Während 1901 bis 1905 noch 7·7% der Mütter vor der Aufnahme gar nicht angelegt hatten, nähren jetzt unsere Mütter schon in den Entbindungsanstalten fast sämtlich. Vor allem haben aber die Mundkrankheiten der Säuglinge so gut wie ganz aufgehört, ein Beweis dafür, daß das leidige Mundauswischen endlich auch in den Gebäranstalten ausgerottet ist. 1901 bis 1905 waren noch der fünfte Teil der aufgenommenen Säuglinge mit Bednarschen Aphthen und meist gleichzeitig mit Soor behaftet, während in den letzten Jahren fast alle mit gesunder Mundschleimhaut eingeliefert wurden.

Größere und wichtigere Differenzen ergeben sich, wenn wir die Aufenthaltsdauer der Kinder in unserer Anstalt nach den einzelnen Jahren vergleichen:

Es blieben:	1907 bis 1908	1901 bis 1905	1906
bis 14 Tage	22 Kinder = 11%	21·9%	18·0%
„ 28 „	28 „ = 14%	35·2%	19·5%
„ 42 „	60 „ = 30%	22·0%	16·0%
„ 60 „	56 „ = 28%	11·8%	20·0%
bis 3 Monate	32 „ = 16%	6·4%	13·0%
über 3 „	4 „ = 2%	2·4%	15·0%

Wir behielten danach in den Berichtsjahren die Kinder wesentlich länger als 1901 bis 1905; nur bis zu 4 Wochen blieben in diesen Jahren über die Hälfte, während jetzt nur der vierte Teil schon nach dieser ungenügenden Aufenthaltsdauer die Anstalt verläßt, hingegen mehr als ein Viertel (gegen ein Neuntel in 1901 bis 1905) 6 bis 8 Wochen lang im Heim verbleibt.

Zweifellos haben wir hiermit einen wesentlichen Grund für die besseren Resultate aufgedeckt, wobei aber zu denken gibt, daß die Säuglinge im Jahre 1906 fast ebenso lange, über 3 Monate sogar ein noch höherer Prozentsatz, verpflegt wurden. Allerdings war dieses Jahr besonders reich an untergewichtigen Kindern.

Von entscheidender Bedeutung für das Schicksal der Kinder ist es natürlich, in welche Hände sie nach der Entlassung aus dem Heime gelangen. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über ihre Verteilung auf die einzelnen Pflegeformen, zugleich über die hiernach geordnete, absolute und prozentuale Mortalitätsziffer, und zwar wiederum die drei Jahrgänge (1907/08, 1901 bis 1905, 1906) miteinander in Parallele setzend.

Es kamen	Zahl der Kinder			Es lebten am Ende des 1. Jahres			Es starben im 1. Jahre		
	1901 bis 1905	1906	1907 bis 1908	1901 bis 1905	1906	1907 bis 1908	1901 bis 1905	1906	1907 bis 1908
in Haltepflege	325	49	111	224	32	94	101 = 31,1%	14 = 29,4%	17 = 15,3%
zur Mutter	90	9	8	66	5	7	24 = 26,6%	4 = 44,4%	1 = 12,5%
zu Verwandten	65	10	26	44	8	20	21 = 32,3%	2 = 20%	6 = 23,1%
in Waisenpflege	53	17	17	42	14	16	16 = 30,2%	3 = 17,7%	1 = 6%
in Anstalten bzw. Krankenhäuser	34	8	10	4	3	5	30 = 88,2%	5 = 62,5%	5 = 50%
zu den verheirateten Eltern	—		7	—	—	7	—	—	0 = 0%

Wie die Tabelle zeigt, kam die überwiegende Mehrzahl in Haltepflege: nämlich

1901 bis 1905: 325 von 567 = 57·3% aller Kinder
1906: 28 „ 87 = 32·2% „ „
1907 bis 1908: 111 „ 179 = 62·0% „ „

Es wird also durch das Schicksal dieser Kinder die gesamte Sterblichkeit am meisten bestimmt. Nun betrug die Mortalität der in Haltepflege aufgezogenen Kinder 1907/08 nur die Hälfte derjenigen der anderen Jahrgänge.

Wenn es also gelingt, die Ursachen dieser Differenz aufzudecken, so müssen wir damit eine Erklärung für die soviel besseren Ergebnisse der Gegenwart gefunden haben.

Wie alle Haltekinder, werden auch unsere ehemaligen Pfleglinge von Polizeidamen überwacht. Wir haben aber stets noch unsererseits durch eine vom Verein angestellte Dame diese Überwachung ausüben lassen, und ehe wir die Kinder in Pflege gaben, die von der Polizei konzessionierten Pflegefrauen vorher selbst recherchiert und nur die unseren Ansprüchen Genügenden berücksichtigt. So gewannen wir allmählich ein Urteil über Charakter und Zuverlässigkeit unserer Pflegefrauen, konnten die tüchtigen bei Ausgabe unserer Kinder bevorzugen und den weniger gewissenhaften die Kinder rechtzeitig abnehmen.

Auch machen wir den Besitz einer gesunden Wohnung zur Bedingung: Pflegestellen in feuchten Keller- oder heißen Dachräumen werden von vornherein abgelehnt.

Seit dem Herbst 1907 haben wir nun diese Kontrolle der Außenpflege wesentlich verschärft, indem die von uns angestellte Dame, die besonders erfahren auf diesem Gebiete ist, die Kinder in regelmäßigen Intervallen besucht, und hierbei besonders häufig neue Haltefrauen oder solche Kinder, von deren gutem Gedeihen sie nicht vollkommen überzeugt ist, aufsucht. So verfügen wir jetzt über einen Stamm von erprobten Haltefrauen, bei denen die Kinder gut aufgehoben sind, die sich jederzeit kontrolliert wissen und die angehalten sind, bei jeder Unregelmäßigkeit des Befindens die Kinder alsbald in der Anstalt vorzustellen. So gelang es vielfach, leichtere Erkrankungen, speziell Ernährungsstörungen bei ambulanter Behandlung zu beheben und mehrmals durch Wiederaufnahme schwer erkrankter Kinder, sei es in der Unterkunft, sei es auf der stationären Abteilung der Prof. H. Neumannschen Kinderpoliklinik, diese am Leben zu erhalten. Bei 7 Fällen konnten wir auf diese Weise das drohende Ende abwenden und endgültige Genesung erzielen*).

Der zunehmende Wert dieser scharfen Kontrolle wird besonders daraus ersichtlich, daß von 33 Kindern des ersten Halbjahres 1908, die bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres dauernd überwacht werden konnten, nur 3 = 9·1% gestorben sind.

*) Diese Kinder litten in 5 Fällen an Intoxikation, eins an schwerer Darmblutung und eins an Lues. Ein Kind erlitt draußen einen erneuten Rückfall und mußte zum zweitenmal auf die Station aufgenommen werden. Ein achtes Kind war leider trotz Aufnahme nicht mehr zu retten und ging an einer schweren Ernährungsstörung zugrunde.

Auch den Ammenkindern kam die verbesserte Fürsorge sehr zugute: ihre Mortalität sank von 31·6% (1901 bis 1905) auf 12·9% (1906 bis 1908).

Nach diesen Erfahrungen besteht für uns kein Zweifel, daß wir im wesentlichen dieser scharfen Aufsicht, die rechtzeitiges ärztliches Eingreifen — wenn nötig, bei erneuter klinischer Behandlung — ermöglicht, unsere jetzigen günstigen Resultate zu danken haben.

Wie vielfach bei der praktischen Säuglingsfürsorge steht und fällt der Wert dieser Einrichtung mit der Tüchtigkeit der inspizierenden Persönlichkeit. Seitdem wir uns der Mitarbeit der genannten, besonders erfahrenen und gewissenhaften Dame erfreuen, ist erst der entscheidende Umschwung zum besseren zu verzeichnen. Höchst erfreulich ist auch die aus der Tabelle zu ersehende, konsequente Besserung der Mortalität bei der Waisenpflege. Handelt es sich hier auch um wesentlich kleinere absolute Zahlen, so dürfen wir doch aus der auffallenden Abnahme der Sterblichkeit von 39·2% auf 6% schließen, daß auch das Berliner Waisenhaus sich immer mehr gute Pflegestellen zu verschaffen weiß.

Wenn wir jetzt das Endergebnis unserer Untersuchung zusammenfassen, so ergibt sich folgendes:

Auch bei den unehelichen, den untersten sozialen Schichten entstammenden Säuglingen läßt sich die Sterblichkeit erheblich dadurch verringern, daß sie in der ersten Lebenszeit Aufnahme in einem Heim finden, wo sie solange an der Brust ernährt werden, bis ihr Körpergewicht und Kräftezustand ein Gedeihen bei künstlicher Ernährung in Haltepflege gewährleisten. Als wichtige Forderung ist aber aufzustellen, daß sie in der Außenpflege in sorgfältigster Weise überwacht werden, ihnen schon zu Beginn einer Erkrankung ärztliche Hilfe zuteil wird und die Möglichkeit besteht, sie bei ernsterer Erkrankung *unverzüglich* in einer Kinderklinik aufzunehmen, die mit allen modernen Hilfsmitteln (wozu selbstverständlich in erster Reihe Ammen gehören) ausgestattet ist.

Wo diese Bedingungen erfüllt sind und sich die geeigneten Persönlichkeiten zu gewissenhafter Arbeit vereinigen, wird die Säuglingssterblichkeit wenigstens bei denjenigen unehelichen Kindern herabgemindert werden können, welche sich nach ihrer in Anstalten erfolgten Geburt weiterhin in einer besonders gefährdeten Lage befinden[1].

[1] Vgl. S. 84 u. f.

Kritik der Fürsorge für die unehelichen Säuglinge in Berlin.

Von H. Neumann.

Von den Lebensverhältnissen der unehelichen Kinder weiß man verhältnismäßig wenig. Mit einer Verallgemeinerung des für gewisse Gruppen oder Gegenden Bekannten wird man vorsichtig sein müssen, da die einzelnen Länder, weiter Stadt und Land, ferner die Berufe, die Abstammung usf. Verschiedenheiten mit sich bringen.

Es ist nun merkwürdig, daß von dem, was immerhin über die unehelichen Kinder festgestellt ist, oft gerade diejenigen, die sich berufen fühlen, für ihre Interessen in Versammlungen, Vereinen, Eingaben an die gesetzgebenden Körperschaften usf. einzutreten, keine genaue Kenntnis haben. Auf einem andern Blatt stehen natürlich die Vorschläge, welche geachtete Männer der Wissenschaft machen; aber auch hier berücksichtigen an und für sich zweckmäßige Vorschläge der Wissenschaft oft zu wenig die Wirklichkeit, um einen ausreichenden praktischen Erfolg zu erzielen.

Die Anschauungen über die unehelichen Kinder interessieren uns hier nur so weit, als sie sich auf die Fürsorge für die Säuglinge beziehen. Sehr verbreitet und die Grundlage für Vorschläge zugunsten der unehelichen Kinder ist die Annahme, daß die ledige Schwangere in der Regel in einer öffentlichen Entbindungsanstalt niederkommt und nach der Entlassung ihr Kind in Haltepflege bringt. Sehen wir von der Bevormundung der unehelichen Kinder ab, so war daher der erste Schritt in der modernen Unehelichen-Fürsorge die Überwachung der Haltekinder. Wo man darüber hinaus für das körperliche Wohl der unehelichen Kinder Vorschläge machte, hielt und hält man sich vielfach nur an die in Anstalten Geborenen.

In Berlin sind die Anstaltsentbindungen Lediger in der Tat jetzt stark im Zunehmen. Die vom Jahre 1906 zum Jahre 1907 sichtbare stärkere Steigerung ist wohl auf die Eröffnung der Gebärabteilung im städtischen Virchowkrankenhaus zurückzuführen. Es wurden in Berlin unehelich lebend geboren[1]:

[1] H. Neumann, Die unehelichen Kinder in Berlin. Jena 1900. Stat. Jahrbuch der Stadt Berlin, 31. Band. Tabelle über die Bevölkerungsvorgänge Berlins im Jahre 1907. Berlin 1909.

im Jahre	überhaupt	in Anstalten	in Prozenten
1896	7229	2226	30·9
1906	8903	3519	39·5
1907	9359	3847	41·1

Ich konnte für den Geburtsjahrgang 1896 zeigen, daß die in Anstalten geborenen unehelichen Kinder von allen Unehelichen die ungünstigste Lebensaussicht hatten; es starben damals von ihnen 47% im 1. Jahre, während von den in privater Wohnung Geborenen nur 31% starben. Natürlich spricht dies Zahlenverhältnis, das trotz Sinkens der Sterblichkeit auch jetzt noch bestehen wird, nicht gegen die Entbindung in Anstalten, sondern zeigt nur die besonders große Schutzbedürftigkeit der dort zur Welt gekommenen unehelichen Kinder. Erst kürzlich zeigte v. Franqué[1], wie die Anstaltsentbindung überhaupt im Interesse von Mutter und Kind liegt, und betonte, daß aus sozialen Gründen vor allem die große Mehrzahl der unehelich Geschwängerten anstaltsbedürftig sei. Für Berlin ist die Notwendigkeit der Anstaltsentbindung zunächst für diejenigen Schwangeren, welche weder eigenes Heim noch ein Heim in der eigenen Familie haben, unbestreitbar; ihre Zahl ist aber — nach der Zahl der Anstaltsentbindungen zu schließen, in der fast alle diese Geburten enthalten sind — die Minderheit der unehelichen Entbindungen. Für den Rest ist zunächst nur aus den gleichen medizinischen Gründen die Anstaltsentbindung zu wünschen, wie überhaupt für die Frauen der unbemittelten Bevölkerung: die Geburtsschäden werden hierdurch für Mutter und Kind geringer, es werden weniger Mütter, wie v. Franqué betont, durch Wochenbettskrankheiten stillunfähig und es wird, was von noch größerer Wichtigkeit ist, durch Einleitung des Stillens in der Anstalt die Wahrscheinlichkeit erhöht, daß nach der Entlassung der Säugling längere Zeit gestillt wird.

Über diese allgemeine Zweckmäßigkeit hinaus, die unzweifelhaft ist und stark betont werden muß, für die Ledigschwangeren als solche die Anstaltsentbindung zu fordern, beruht auf einer Verkennung der verschiedenen sozialen Wertigkeit, die auch innerhalb dieser Gruppe besteht. In diese Verhältnisse etwas tiefer einzudringen ist notwendig, wenn man theoretisch gute, praktisch aber undurchführbare Vorschläge vermeiden will.

Schon jetzt können wir — erfreulicherweise — feststellen, daß eine Anstaltsentbindung in einzelnen Fällen von Ledigen gewählt wird, welche nicht unbedingt auf sie angewiesen sind. Ohne hierfür eine bestimmte Zahl angeben zu können, dürfen wir es daraus schließen, daß sich in der Säuglingsfürsorge unter den stillenden ledigen Müttern, deren Stellung also nicht vollkommen ungünstig war, etwa 12% fanden, die in Anstalten entbunden hatten. Es ist diese Feststellung sowohl für die Beurteilung der Lebensaussicht der in Anstalten geborenen unehelichen Kinder

[1] Entbindungsanstalten, Wöchnerinnen- und Säuglingsheime usw. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge III. Heft 7 u. 8.

wie auch für die Abschätzung der nach der Entlassung eine weitere Fürsorge erfordernden Mütter und Kinder von Bedeutung.

Wenn nämlich eine gewisse Zahl der in Anstalten geborenen Unehelichen eine nicht ungünstige Lebensaussicht hat, so ergibt sich hieraus, daß für den Rest die Lebensaussicht noch geringer ist, als sie es schon für die Gesamtheit der in Anstalten Geborenen nach meiner Feststellung ist, daß also eine gewisse Anzahl Kinder eine weitere Fürsorge ganz außerordentlich nötig hat. Andrerseits ist ihre Zahl glücklicherweise geringer als die Zahl der in Anstalten geborenen Kinder, von denen wir hier zunächst sprechen. Ihre genaue Bestimmung wäre wohl nur möglich, wenn schon vor der Entlassung die Generalvormundschaft, auf deren Notwendigkeit wir noch oft zurückkommen müssen, einsetzte und Grad und Art der Bedürftigkeit feststellte.

Die Sterblichkeit der in Anstalten geborenen Säuglinge ist für das 1. Lebensjahr außerordentlich hoch, trotz der dank der Anstaltsbehandlung geringen Sterblichkeit in den ersten 8 bis 10 Lebenstagen. Die Bekämpfung der Sterblichkeit der unehelichen Kinder knüpfte daher um so mehr bei dieser Klasse der Unehelichen an, als man von den Lebensbedingungen der übrigen Unehelichen, trotzdem sie in der Mehrheit sind, wenig wußte. Die Pfleglinge der *Wöchnerinnen- und Säuglingsheime* sind fast ausschließlich in Entbindungsanstalten geboren, während solche, die in privater Wohnung zur Welt kamen, hier sehr selten zu finden sind; daß auch viele von der letzteren Klasse Unehelicher eine Verpflegung in einem Säuglingsheim durchaus nötig hätten, ist selbstverständlich.

Wenn die Unterbringung aller in Anstalten Geborenen oder sogar der Gesamtheit aller Unehelichen in Heimen verlangt wird, so ist das schon aus ökonomischen Gründen unmöglich. In Berlin wurden im Jahre 1907 bei einer Zahl von 9369 unehelichen Lebendgeburten und im besonderen von 3847 Anstaltsgeburten in dem Säuglingsheim, der Wöchnerinnenunterkunft und der Heimstätte 420 Neugeborene mit ihrer Mutter verpflegt; nehmen wir noch die Ammen, die mit ihren Kindern in Waisenhäusern, Krankenhäusern und Asylen aufgenommen wurden, hinzu, so wird wohl die Zahl der in Anstalten weiter gestillten Neugeborenen 500 kaum überschritten haben. Wenn sich seitdem die Zahl der Anstaltsplätze weiter vermehrt hat, so muß sie nicht auf die Unehelichen in Berlin, sondern in *Groß*-Berlin bezogen werden, so daß das Zahlenverhältnis kaum günstiger wird.

Bevor ich die prinzipielle Forderung der Anstaltspflege *nach* der Entbindung ausführlicher zurückweise, will ich hier noch eine andere Forderung, die praktisch ebenso unerfüllbar und vor allem auch ebenso unberechtigt ist, erwähnen. Daß vom einfach *medizinischen* Standpunkt diese und andere Wünsche ein Optimum der Hygiene gewährleisten und daher unbedingt zweckmäßig sind, braucht hierbei natürlich nicht erst ausdrücklich anerkannt zu werden.

Wenn v. Franqué die Einführung des Stillzwanges für uneheliche Mütter zur Erwägung stellt, so wäre zu entgegnen, daß sich überhaupt

gleichgültig, ob die Mutter verheiratet ist oder nicht), die gesetzliche Durchführung als unmöglich erwiesen hat, wie sie meines Erachtens auch immer unmöglich bleiben wird. Der Vollstrecker des Gesetzes kann nicht genügend physiologische Möglichkeit und pathologische Behinderung beurteilen[1]. Noch zu unserer Zeit verlangte das preußische Landrecht (§ 67 II 2), daß eine gesunde Mutter ihr Kind selbst zu säugen verpflichtet sei. Aber wer hätte noch an dies Gesetz gedacht oder gar den Mut gehabt, es zur Anwendung zu bringen? Selbst da, wo längeres Stillen in der Anstalt als eine Gegenleistung für wesentliche Hilfe von der unehelichen Mutter verlangt wird, wie in den österreichischen Findelanstalten, kommt man von dieser Forderung allmählich ab. Wie könnte nun gar der Gesetzgeber dazu kommen, gerade von den ledigen Müttern, die dazu am wenigsten in der Lage sind, als solchen und nur auf Grund der Ledigkeit zu verlangen, daß sie ihr Kind mindestens 1/2 Jahr stillen und die verheirateten Mütter „vorerst“ aus dem Spiel lassen? V. Franqué hält die, wenn auch nicht juristische, so doch faktische Durchführung seiner Forderung auf dem Wege für möglich, daß jede uneheliche Mutter, die zum Stillen imstande ist, „zu diesem Zwecke in einem der staatlichen Mutterheime bleiben muß, wenn sie nicht nachweist, daß sie dies auch in häuslichen Verhältnissen durchführen kann“ (S. 254). Also nicht nur Stillzwang, sondern auch zwangsweise Internierung! Und der Staat hat allein für diesen Zweck Summen zu zahlen, die aufzurechnen wohlweislich bisher keiner den Versuch gemacht hat!

Bei derartigen Utopien werden die gesellschaftlichen Verhältnisse der Unehelichen außer acht gelassen oder verkannt. Die uneheliche Mutter steht mit ihrem Kind nicht außerhalb der bürgerlichen Gemeinschaft; mit Unrecht verbinden viele mit der Unehelichkeit sofort den Begriff „Verführung“ und „Verstoßung“. Trotzdem hiermit nur Bekanntes wiederholt wird, sei in dieser Hinsicht kurz an folgendes erinnert[2]. Die unehelichen Kinder sind wesentlich in der unbemittelten Bevölkerung anzutreffen, in der ebenso wie die Mütter in der Regel auch die Väter zu finden sind. Ein überraschend großer Teil der ehelichen Kinder ist vorehelich erzeugt, aber ehelich geboren und es ist nur dem Statistiker bekannt, daß Mutter mit Kind noch gerade rechtzeitig in den Hafen der Ehe gelandet ist. Ein weniger großer, aber auch noch sehr erheblicher Teil ist vorehelich erzeugt und geboren, aber schon in seinem 1. Jahre durch die nachfolgende Ehe mit dem Vater legitimiert. Verheiratet sich die Mutter mit einem Manne, der nicht der Vater des Kindes ist, so haben wir eine Stiefvaterfamilie (Spann). Bei den dauernd Unehelichen würde eine Differenzierung der elterlichen Verhältnisse erstens das Kon-

[1] Anderer Meinung ist Agnes Bluhm, Die Stillungsnot (Leipzig 1909), S. 60ff.

[2] Vgl. H. Neumann, Die unehelichen Kinder (Jena 1900) und Uneheliche Geburten, Handwörterbuch der Staatswissenschaften 1911, Bd. XII. Ferner Othmar Spann, Untersuchungen über die uneheliche Bevölkerung in Frankfurt am Main (Dresden 1905) sowie seine Zusammenfassung: Die Lage und das Schicksal der unehelichen Kinder (Leipzig, B. G. Teubner 1909).

kubinat ergeben, in welchem der Mann von allen oder wenigstens den letzten Kindern der uneheliche Vater ist, zweitens den Fall, daß die Mutter mit dem natürlichen Vater des Kindes verkehrt und von ihm, soweit es seine Mittel erlauben, unterhalten wird, ohne daß es aber vorläufig oder überhaupt zur Gründung einer Familie kommt, drittens den Fall, in dem die Mutter mit dem Vater keinen Zusammenhang mehr hat, und schließlich viertens hiervon durchaus trennbar den Fall der mütterlichen Prostitution. Über die Häufigkeit der einzelnen Gruppen innerhalb der dauernden Unehelichkeit ist nichts Sicheres bekannt; soweit es sich um die *bedürftigen* ledigen Mütter handelt, läßt sich aus unseren Erfahrungen in der Säuglingsfürsorgestelle für Berliner Verhältnisse zunächst auf die Häufigkeit des Konkubinats schließen (vgl. S. 67); ebenso wie in Frankfurt am Main, sind in diesem Falle auch bei uns häufig mehrere Kinder vorhanden (z. B. 18mal gegenüber 11 Fällen mit einem Kind), ganz abgesehen von den Fällen, wo noch aus einer früheren Ehe Kinder stammen[1]. Ebenfalls häufig ist der Fall, wo der Vater, ohne mit der Mutter zusammen zu wohnen, das uneheliche Kind tatsächlich, wenn auch wohl nur selten formell, anerkennt und, soweit er kann, alimentiert; da wir oben, um sicher zu gehen, hierbei alle Fälle vernachlässigten, wo der Vater angeblich nicht zahlte, weil er arbeitslos, beim Militär, im Gefängnisse usf. war, so erhöht sich hierdurch noch die auf S. 67 berechnete Häufigkeit. *Die Lebensaussichten für das unehelich erzeugte Kind nehmen nun genau in der Reihenfolge ab, die oben von dem ehelichen, wenn auch unehelich erzeugten Kinde bis zu dem Kinde der Prostituierten hinunter führte*[2]. Besondere Beachtung verdient die Zahl der anerkannten und soweit möglich alimentierten unehelichen Kinder, die zum Teil später durch Ehe legitimiert werden und im Konkubinat oder bei der in eigener Wohnung lebenden Mutter aufwachsen. Hier besteht auch die Möglichkeit der natürlichen Ernährung, die freilich nur ebenso wie unter normalen Ehen oder wohl noch weniger ausgenutzt wird. *Die Bande, die hier, wenn auch lockerer als in der Ehe, Vater und Mutter des unehelichen Kindes verbinden und für das Kind wertvoll sind, werden bei den Ratschlägen, die z. B. einen mehrmonatigen Aufenthalt in Säuglingsheimen betreffen, ganz übersehen.* Aber sie dürfen nicht ohne Schaden zerrissen werden und können es zum Teil auch nicht ohne gewalttätige Maßnahmen.

Die Wichtigkeit dieser Verhältnisse läßt sich auch noch von einer andern Seite erfassen. Es wurde oben darauf hingewiesen, daß die in Anstalten geborenen Unehelichen Aussicht auf eine besonders hohe Sterb-

[1] Für Frankfurt am Main siehe Othmar Spann, Die Lage und das Schicksal der unehelichen Kinder, S. 27.

[2] Siehe auch hierüber Othmar Spann, Die Verpflegungsverhältnisse der unehelichen Kinder, besonders in ihrer Bedeutung für die Sterblichkeit. Arch. f. Sozialwissenschaft und Sozialpolitik XXVII, Heft 3. Ferner: H. Neumann, Öffentlicher Kinderschutz (Jena 1895), S. 44.

lichkeit haben. Dem entspricht, daß von ihnen — im Gegensatze zu den in Privatwohnungen Geborenen — eine besonders geringe Zahl von ihrem Vater anerkannt und weiterhin durch Ehe legitimiert wird. So wurden in dem Geburtsjahrgange 1896 von ihnen nur 23% — im Gegensatze zu 15·4% in der andern Gruppe — im Säuglingsalter legitimiert[1].

Es finden sich also die von ihren Vätern in irgend einer Form anerkannten Säuglinge besonders häufig bei denen, die in privaten Wohnungen geboren sind und dementsprechend war hier die Sterblichkeit viel günstiger (33% gegenüber 47% bei den in Anstalten Geborenen). In Haltepflege gehen die in Privatwohnungen Geborenen verhältnismäßig selten über. Hier ist nun zu betonen, daß, von einer wohl nur kleinen Zahl Bemittelter abgesehen, die Pflegekinder überhaupt und im besonderen die unehelichen bei den Übrigen eine nicht allzu günstige Pflege genießen (wie unsere Erfahrungen in der Säuglingsfürsorgestelle zeigten), so daß wir zu dem Schlusse gedrängt werden, daß den natürlich ernährten Kindern, die meist in der eigenen Wohnung der Mutter, und zwar zum wesentlichen Teil dank der Beihilfe des Vaters, zum kleineren Teil mit der Mutter in der elterlichen Familie verpflegt werden, ein wesentlicher Anteil an der günstigeren Sterblichkeit der nicht in öffentliche oder Haltepflege übergehenden unehelichen Säuglinge zukommt.

Hierbei sei daran erinnert, daß bei der Volkszählung von 1895 gegenüber 61·9% ehelichen Säuglingen 38·2% unter den unehelichen gezählt wurden, die Brust (ausschließlich oder mit Beinahrung) bekamen. Leider wissen wir nicht, wie viele von den gestillten Unehelichen bei der Zählung in Entbindungsanstalten waren, so daß wir kein genaues Bild von der Gruppe von Brustkindern, die uns hier interessiert, erhalten.

Aus dieser leider sehr lückenhaften Erkenntnis der verwickelten Verhältnisse der ledigen Mütter läßt sich so viel entnehmen, daß eine zwangsweise und schematisch vorgehende Fürsorge für den unehelichen Säugling fruchtlos und sogar zweckwidrig wäre. Individualisierung ist unbedingt notwendig und bisher nur mit Hilfe einer früh einsetzenden Bevormundung möglich. Auf der andern Seite sind gesetzgeberische Maßnahmen, ebenso wie ein geeignetes Verhalten der kommunalen und privaten Wohlfahrtspflege zweifellos durchaus imstande, die Pflegeverhältnisse der Unehelichen zu bessern und hierbei auch ihre natürliche Ernährung als einen bedeutungsvollen Teil der Pflege zu fördern.

Als eine der schönsten Blüten moderner Gesetzgebung auf dem Gebiete der Wohlfahrtspflege ist die Versicherungsgesetzgebung zu betrachten, vor deren Reform wir jetzt stehen. Es ist oben auseinandergesetzt, wie wesentlich sie in ihren Bestimmungen und in einer zweckmäßigen Form ihrer Ausführung auch dem Neugeborenen der versicherungspflichtigen Mutter — und es sind die meisten ledigen Mütter

[1] Ähnlich in Frankfurt am Main. Siehe Othmar Spann, Untersuchungen über die uneheliche Bevölkerung in Frankfurt am Main. S. 179 (ohne Begrenzung auf das Säuglingsalter).

hier angeschlossen — von Nutzen sein könnte. Eine Ergänzung durch eine weitblickende kommunale Wohlfahrtspflege wird aber immer unentbehrlich bleiben. Sollte der Anspruch der Schwangeren beziehungsweise Wöchnerin auf eine Unterstützung durch die Krankenkasse nur in einer Höhe Gesetz werden, wie ihn der Entwurf der R.-V.-O. zunächst festsetzt, so müßte die Kommune sogar mit erheblichen Ergänzungen eintreten.

Schon jetzt haben wir als sehr erhebliche Leistungen der Gemeinde an erster Stelle die Übernahme unehelicher Kinder in die Waisenpflege zu nennen, weiterhin wäre zu nennen die Unterstützung durch private Vereine, die dem Wohle der unehelichen Säuglinge dienen, wobei uns am wirkungsvollsten die Unterstützung durch Wöchnerinnen- und Säuglingsheime erscheint, schließlich der Betrieb der Säuglingsfürsorgestellen. Von der Fürsorge in besonderen Fällen, z. B. von der Krankenpflege, sehe ich hier ab.

Diese Leistungen der Gemeinde fordern aber bei Anerkennung ihrer großen Ausdehnung insofern die Kritik heraus, als sie keine systematische und dadurch in sich vollständige Fürsorge darstellen. Man könnte sich demgegenüber darauf berufen, daß die einheitliche und umfassende Fürsorge für die unehelichen Kinder vom Gesetz durch ihre Bevormundung gesichert sei; aber wer hätte den Mut hierzu? Man weiß heute, daß nur eine behördliche Generalvormundschaft das erstrebte Ziel erreichen kann, die erst frühestens nach dem Säuglingsalter der gebräuchlichen Einzelvormundschaft das Feld räumen darf. Der Versuch, die Berufsvormundschaft in Berlin der inneren Mission zu überlassen und sie hierbei mit städtischen Mitteln zu unterstützen, ist, wie die tägliche Erfahrung zeigt, ganz unzulänglich, mag man auch dem Berufsvormund, der in 4 Jahren die Sorge für 2452 Kinder übernahm, die größte Anerkennung zollen. Auch die Fürsorge, welche die Verwaltungsbehörde den Haltekindern zuwendet und die während der Zeit der Haltepflege die Vormundschaft gleichsam ersetzt, dürfte auf schöne Erfolge zurückblicken; sie kommt aber nur dem kleinen Teil der unehelichen Kinder zugute, welche in fremder Pflege sind. Von dem Jahrgang 1896 kamen nur 20·7% in polizeilich überwachte Haltepflege. Auf die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit einer Generalvormundschaft wieder einmal hinzuweisen, erübrigt sich; sie müßte in Berlin von der Waisenbehörde aus eingeleitet werden und ihre Tätigkeit wäre wohl nur bei einheitlicher Oberleitung durch Vermittlung von Bezirkszentralen möglich. Diese müßten im Anschluß oder in Verbindung mit den Säuglingsfürsorgestellen arbeiten, da, wie in Fachkreisen jetzt allgemein anerkannt ist, die regelmäßige ärztliche Mitwirkung in der Bevormundung des ersten Lebensalters nicht entbehrt werden kann. In ihrer augenblicklichen Organisation entwickeln die Säuglingsfürsorgestellen, wie wir S. 61 ff. sahen, eine sehr wenig ausgedehnte Fürsorge für die unehelichen Kinder, weil ohne Zwang nur eine kleine Zahl Unehelicher und von ihnen wieder viele nur flüchtig, zum Teil schon unrettbar krank in sie eintreten.

Ich habe an anderer Stelle gezeigt, wie eine Säuglingsfürsorgestelle ausgebaut werden sollte und in Wirklichkeit ausgebaut werden

kann[1]; für die unehelichen Kinder wären hierbei besonders die folgenden Einrichtungen von Nutzen: 1. Verbindung mit einem Heim für Wöchnerinnen und ihre Kinder. Es wurde auf S. 60 ff. dargelegt, wie durch Einrichtung einer äußeren Abteilung für Familienpflege die Unterbringung unterkunftsbedürftiger Wöchnerinnen noch weiter bei verhältnismäßiger Billigkeit außerordentlich erleichtert und vor allem zu jeder Zeit ermöglicht wird. Durch Entlassung in die Familienpflege oder Übernahme aus der kann ein Wöchnerinnenheim einen nach Bedarf sich dehnenden oder verengenden Aktionsradius haben. 2. Häusliche Unterstützung stillender Mütter; sie zeigte sich besonders in den Fällen, wo die Mutter in eigener Wohnung oder bei ihrer Familie wohnte und vom Vater unterstützt wurde, wirksam, indem sie hier eine ausreichende Ergänzung des eigenen Einkommens oder der väterlichen Beihilfe bilden konnte und hierdurch die Durchführung des Stillens ermöglichte oder erleichterte. 3. Nachweis von Pflegestellen. 4. Überwachung von Kost- und Haltepflegen. Daß ein Aufgehen der polizeilichen Überwachung der Haltekinder in die schon jetzt zum Teil gleichgerichtete Tätigkeit der Säuglingsfürsorgestellen sachgemäß wäre, wurde oben (S. 62 u. 63) genauer ausgeführt. Da die Haltekinder in der Regel bevormundet sind, würde sich auch als Mündelüberwachung diese Tätigkeit der Säuglingsfürsorgestelle von selbst ergeben. Es konnte oben gezeigt werden, welche außerordentlich guten Erfolge sich erreichen lassen, wenn man je nach den sozialen Verhältnissen der Mutter und dem körperlichen Zustand des Kindes, die Pflege in einem Säuglingsheim mit sachgemäßer Überwachung in der anschließenden Außenpflege kombiniert; es müßte hierbei die Möglichkeit einer bei Bedarf schnell einsetzenden anstaltsweisen Krankenpflege bestehen. 5. Verantwortliche Überwachung der Ammenkinder nach ihrer Entlassung aus Heimen. Schließlich wäre 6. die enge Verbindung mit der Armen- beziehungsweise Waisenpflege schon dadurch gewährleistet, daß die Generalvormundschaft von Angestellten dieser Behörden aus erfolgt. Es muß hier ausdrücklich festgestellt werden, daß die Besserung der Sterblichkeit bei den unehelichen Säuglingen an allererster Stelle von dem Verhalten der Armen- beziehungsweise Waisenbehörde abhängt, wie wir dies gleich weiter unten für Berlin nachweisen werden.

Die Generalvormundschaft ist, wenn sie in enger Verbindung mit den Einrichtungen der Wohlfahrtspflege steht, zurzeit wohl die beste Methode zur Fürsorge für die unehelichen Säuglinge, gleichzeitig aber ist sie auch die gerechteste, weil sie entsprechend den modernen Grundsätzen der Armenpflege am sachverständigsten individualisieren kann[2]. Die

---

[1] Öffentliche Säuglings- und Kinderfürsorge. Wochenschr. f. soziale Hyg. und Med., 1909.

[2] Da über die Generalvormundschaft ein überreiches Material vorliegt, verzichte ich auf sie hier genauer einzugehen. Nur eine Einrichtung, die auch medizinisch einen besonderen Wert hat, sei hier erwähnt. O. Spann (Arch. f. Sozialwissenschaft und Sozial-

Machtbefugnisse der Vormundschaft sind an und für sich nicht groß und lassen sich vor allem schwer und nur schleppend zur Geltung bringen; in unmittelbarer Verbindung mit ärztlicher Fürsorge sind sie jedenfalls sehr viel wirksamer, als wenn der Einzelvormund oder der Vormundschaftsrichter wohlwollende Anordnungen trifft, deren Ausführung in weitem Felde liegt. Darum soll nicht verkannt werden, daß auch der Generalvormund gegenüber moralisch oder intellektuell minderwertigen Müttern nur schwer die für nötig gehaltenen Anordnungen durchsetzen kann. Auf der andren Seite müssen die geschlechtlichen Verhältnisse mit ihrer oft nur lockeren Verbindung zugunsten des Kindes mit großer Vorsicht behandelt werden.

Diese kritischen Bemerkungen über die Fürsorge für die unehelichen Kinder in Berlin sollen nicht geschlossen werden, ohne auf der einen Seite zu zeigen, wie außerordentlich hoch und verbesserungswert noch jetzt die Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge ist, auf der andren Seite aber den bemerkenswerten Erfolg darzutun, den die Verbesserung in der Fürsorge der letzten Jahre gezeitigt hat. Um den Einfluß auszuschalten, den günstige Witterverhältnisse und allgemeiner hygienischer Fortschritt auf die unehelichen ebenso wie auf die ehelichen Säuglinge hat, mögen in der folgenden Tabelle[1]) weniger die Veränderungen in der Sterblichkeit beachtet werden, die von einem Zeitabschnitte bis zu dem folgenden eintraten, als das Verhältnis dieser Veränderung bei den Unehelichen zu der in der gleichen Zeit bei den Ehelichen festgestellten Veränderung. Dann sehen wir in den 4 Lustren von 1882 bis 1901, daß von dem 1. zum 2. Lustrum der Abfall der Sterblichkeit 3·5mal, vom 2. zum 3. 2·1mal, vom 3. zum 4. sogar 7·0mal kleiner bei den unehelichen Säuglingen als bei den ehelichen war. Mit dem Lustrum 1902 bis 1906 fällt nun jetzt plötzlich die Sterblichkeit der Unehelichen so stark, daß der Abfall um 2·9mal den Abfall bei den Ehelichen übertrifft (— 23·2 : — 8·1.) Verfolgt man Jahr für Jahr diese Verhältnisse, so tritt diese bemerkenswerte Wendung genauer schon im Jahre 1900 (vorübergehend schon im Jahre 1897) ein, während anderseits im Jahre 1906 und 1907 die Abnahme der Sterblich-

politik, Bd. XXVII, Heft 2, S. 712) teilt über den zeitlichen Eintritt der Bevormundung in Frankfurt am Main folgendes mit: „Seit 1906 ist eine weitere erhebliche Beschleunigung dadurch eingetreten, daß die Anzeige des Standesamtes von der erfolgten Geburt eines unehelichen Kindes zuerst an den Gemeindewaisenrat geht, welcher gleich einen Vormund vorschlägt und die Benachrichtigung an das Amtsgericht weiterleitet." „Dieses abgekürzte und Arbeit sparende Verfahren wäre im Interesse der unehelichen Mündel allerorten, wo es noch nicht eingeführt ist (es besteht z. B. auch in Bonn und Koblenz), eindringlichst zu empfehlen. Es gewährt auch den Vorteil, daß Mutter und Kind dem Gesichtskreise des Gemeindewaisenrates und der Behörden überhaupt nicht so leicht entschwindet, wodurch die Mühe nachträglicher Ermittlungen und die Gefahr der Nichtbevormundung der Kinder vermindert wird". Eine solche Einrichtung würde bei enger Beziehung der Generalvormundschaft zu der Säuglingsfürsorge ermöglichen, daß durch den im Auftrage des Vormundes erfolgenden Besuch einer Schwester der Säuglingsfürsorgestelle rechtzeitig in hygienischer Richtung, also vor allem auch auf die Einleitung des Stillens eingewirkt und für die Bevormundung wichtiges Tatsachenmaterial beschafft werden könnte.

[1]) Berechnet aus dem Stat. Jahrbuch der Stadt Berlin für 1906 und 1907, S. 14.

keit bei den Unehelichen nicht so stark ist, um die Abnahme bei den Ehelichen zu überflügeln. Diese erfreuliche Besserung kann nur auf die verstärkte Fürsorge für die unehelich Geborenen zurückgeführt werden; es seien kurz die einzelnen Einrichtungen verzeichnet, die hierbei mitwirken konnten: 1899 Wöchnerinnenunterkunft, **1901** *Kinderasyl der Schmidt-Gallisch-Stiftung und vermehrte Aufnahme der Unehelichen in die verbesserte Waisenpflege*, 1902 Verbesserung der Aufsicht der Haltekinder, 1904 Berufsvormundschaft für einen Teil der Unehelichen, 1904 Säuglingsheim, 1905 Säuglingsfürsorgestellen.

Sterblichkeit des ersten Lebensjahres.

Jahr	Von 1000 geborenen Kindern starben im Alter von unter 1 Jahr			
	ehelich	Es änderte sich die Sterblichkeit um . . . . Prozent	unehelich	Es änderte sich die Sterblichkeit um . . . . Prozent
1882 bis 1886	284·34		511·22	
1887 „ 1891	256·33	— 9·9	490·35	— 3·8
1892 „ 1896	230·26	— 10·2	471·48	— 4·9
1897 „ 1901	220·59	— 4·2	475·02	+ 0·7
1902 „ 1906	202·74	— 8·1	365·03	— 23·2

Der unverhältnismäßig starke Abfall der Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge im unmittelbaren Anschluß an eine verbesserte Fürsorge gibt den Mut zu weiterem Vorgehen. Denn ihre Sterblichkeit ist trotz des Absinkens noch groß genug: im Jahre 1907 309·33‰ im Gegensatze zu der Sterblichkeit der ehelichen Säuglinge, welche nur noch 171·81‰ betrug.

Die ärztliche Schweigepflicht bei Syphilis.

Von Rechtsanwalt Dr. Thiersch
in Leipzig.

Folgende Fragen stehen zur Erörterung[1]:

1. Darf der Arzt von der Syphilis einer Amme oder ihres Kindes die Herrschaft der Amme in Kenntnis setzen?

2. Darf er umgekehrt die Amme über die Syphilis des Herrschaftskindes aufklären?

3. Darf er den einen Ehegatten über die syphilitische Erkrankung des andern unterrichten?

4. Darf er von der Syphilis des ihm von dem einen Ehegatten zugeführten Kindes dem andern Ehegatten Mitteilung machen?

5. Darf er der Pflegefrau die syphilitische Erkrankung des Pflegekindes offenbaren?

Derartige spezielle Fragen können nur nach allgemeinen Grundsätzen beantwortet werden. Deshalb mag zunächst das Wesen und der Umfang der ärztlichen Schweigepflicht im allgemeinen einer kurzen Betrachtung unterzogen werden.

I. Nach § 300 Str.-G.-B. werden Ärzte und deren Gehilfen mit Geldstrafe bis zu 1500 Mark oder mit Gefängnis bis zu 3 Monaten bestraft, wenn sie

> unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes anvertraut sind.

Was man unter einem dem Arzte anvertrauten Privatgeheimnis und dessen Offenbarung zu verstehen hat, braucht hier nicht erörtert zu

---

[1] Bei der ambulatorischen Fürsorge und Behandlung ebenso wie in der geschlossenen Pflege begegnen dem Arzte oft Schwierigkeiten juristischer Natur, wenn er es mit syphilitischen Müttern oder Kindern zu tun hat. Wir glauben, daß dem Leser ebenso wie uns selbst damit gedient wäre, wenn einige aus der Praxis geschöpfte Fälle von sachverständiger Seite erörtert würden. Dr. H. N.

werden. Es mag der Hinweis genügen, daß eine syphilitische Erkrankung, welche der Arzt in Ausübung seines Berufes wahrgenommen hat, unter allen Umständen unter den Begriff des Privatgeheimnisses fällt und daß unter „offenbaren" nicht etwa nur eine öffentliche, sondern jede Mitteilung an eine dritte Person zu verstehen ist, selbst wenn sie unter dem Siegel der Verschwiegenheit geschieht.

Die Verschwiegenheitspflicht des Arztes ist aber keine absolute. Das Gesetz verbietet nur die unbefugte Mitteilung und erkennt damit an, daß es Umstände gibt, welche den Arzt zur Mitteilung verpflichten oder wenigstens berechtigen.

Ein solches Recht steht ihm zu, wenn der Anvertrauende einwilligt oder wenn sein eigenes persönliches Interesse dies erfordert. Er darf z. B., wenn er seine Honorarforderung einklagt, dem Gerichte über die Art der Krankheit seines Patienten insoweit nähere Angaben machen, als dies zur Begründung seiner Klage notwendig ist.

Die Mitteilungspflicht liegt ihm ob, wenn sie ihm durch bestimmte gesetzliche Vorschriften, wie z. B. durch das Gesetz zur Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, zu denen die Syphilis übrigens nicht gerechnet wird, auferlegt ist.

Auch kann eine derartige Pflicht durch Rechtsgeschäfte erzeugt werden. Wer einen Arzt mit der Behandlung anderer Personen beauftragt, kann von dem Arzte auf Grund des mit ihm abgeschlossenen Dienstvertrages Aufklärung über die Krankheit des andern verlangen.

Das alles ist in der Rechtsprechung und Wissenschaft unbestritten.

Dagegen bestehen erhebliche Meinungsverschiedenheiten darüber, ob es noch andere Umstände gibt, welche die ärztliche Schweigepflicht aufheben. Es würde hier zu weit führen, die in der juristischen Literatur[1]) vertretenen Ansichten zu schildern und einer Kritik zu unterziehen. Für die Praxis hat das Reichsgericht Grundsätze aufgestellt, welche zwar nicht volle Klarheit schaffen, aber doch dem Arzte den Weg weisen, der ihn aus dem Labyrinth der Zweifel herausführt.

Im wesentlichen sind es zwei Faktoren, welche außer den obenerwähnten nach der Auffassung des Reichsgerichtes die Verletzung des Berufsgeheimnisses rechtfertigen.

---

[1]) Vgl. z. B.:

Liebmann, Die Pflicht des Arztes zur Wahrung anvertrauter Geheimnisse, Berlin 1890.

Placzek, Das Berufsgeheimnis des Arztes, 1898.

Fromme, Die rechtliche Stellung des Arztes und seine Verschwiegenheit im Berufe. „Berliner Klinik", März 1902, Heft 165.

Simonsohn, Das Berufsgeheimnis der Ärzte und deren Recht zur Zeugnisverweigerung. Deutsche Jur. Zeitung 1904, S. 1014.

Pallaske, Die Schweigepflicht des Arztes. Jur. Zeitung 1906, S. 293.

Jäger, Das Berufsgeheimnis der Ärzte und Rechtsanwälte. Jur. Zeitung 1906, S. 800.

1. Die Berufspflicht des Arztes.

2. Höhere sittliche Pflichten.

1. Dem Arzte liegt die Verpflichtung ob, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben. Die Verletzung dieser Berufspflicht ist mit ehrengerichtlicher Strafe bedroht. Gewissenhaft übt der Arzt seinen Beruf nur dann aus, wenn er alle Maßnahmen trifft, die er für das Wohl seines Patienten als notwendig erkennt. Macht er also die Wahrnehmung, daß sein Patient der Gefahr der Ansteckung durch Syphilis ausgesetzt ist, so darf er ihn, wenn die Ansteckungsgefahr auf andere Weise nicht verhütet werden kann, warnen, selbst wenn er dadurch sein Berufsgeheimnis einem andern gegenüber verletzt. In diesem Sinne hat das Reichsgericht[1]) folgenden Fall entschieden:

Ein Arzt hatte bei der Untersuchung einer Frauensperson festgestellt, daß diese an Syphilis litt. Kurz danach impfte er das Kind einer andern Frau und erfuhr bei dieser Gelegenheit, daß deren Kinder mit der ersten Frau intim verkehrten, ja mit ihr in einem Bette zu schlafen pflegten. Er hielt es deshalb für seine Pflicht, die Mutter der Kinder zu warnen und teilte ihr aus diesem Grunde mit, woran die andere leide.

Das Reichsgericht führt hierzu aus:

Es gehöre auch zur gewissenhaften Berufstätigkeit des Arztes, Patienten, denen die Gefahr der Ansteckung durch Personen drohe, mit denen sie in nähere Beziehung kommen, vor dieser Gefahr zu warnen, unter Umständen könne sogar in der Unterlassung einer solchen Warnung eine fahrlässige Körperverletzung erblickt werden. Es wäre nur fraglich, ob es nötig war, daß der Arzt der Frau gerade den Namen der Krankheit mitgeteilt oder ob nicht eine allgemeine Andeutung genügt hätte.

An einer andern Stelle[2]) wiederholt das Reichsgericht diesen Grundsatz. Ein Arzt hatte nach seiner Verheiratung entdeckt, daß seine Frau früher jahrelang Onanie getrieben hatte und darüber zu dritten Personen gesprochen. Das Reichsgericht bestätigte das den Arzt verurteilende Erkenntnis der ersten Instanz mit der Begründung, daß der Arzt die auf Grund seiner ärztlichen Tätigkeit angeblich gemachte Entdeckung als Berufsgeheimnis zu wahren verpflichtet und nicht berechtigt gewesen sei, von derselben einen Gebrauch zu machen, der weder durch die Sorge um das Wohl der Ehefrau noch durch die Wahrnehmung seiner eigenen persönlichen Interessen geboten war.

2. Eine Berufspflicht des Arztes kann nicht in Frage kommen, wenn es sich darum handelt, ob er dritte Personen, die nicht zu seinen Patienten gehören, vor einer Ansteckungsgefahr warnen soll, von deren Bestehen er durch seine Berufstätigkeit Kenntnis erlangt hat. Trotzdem kann nach der Ansicht des Reichsgerichtes auch in einem solchen Falle

[1]) R. G. Str. B. 38, S. 62 ff.

[2]) Entscheidung vom 14/5 1897, abgedruckt im Reichsmedizinalkalender 1898, S. 3.

der Arzt befugt sein, seine Schweigepflicht zu verletzen, wenn ihm dies eine höhere sittliche Pflicht gebietet. Es handelt sich in dem vom Reichsgericht entschiedenen Falle darum, ob der den Ehemann behandelnde Arzt in dem Ehescheidungsprozesse seines Patienten darüber Auskunft geben dürfe, ob dieser an frisch erworbener Syphilis gelitten habe. Dies wurde vom Reichsgericht[1] zwar verneint mit der Begründung, daß Ehegatten im Verhältnisse zueinander nicht das Recht zustehe, stets über ihre gegenseitigen geschlechtlichen Gesundheits- beziehungsweise Krankheitsverhältnisse vollen Aufschluß zu verlangen. Wohl aber fügt es hinzu, daß man höhere sittliche Pflichten anerkennen müsse, vor denen die Verpflichtung zur Verschwiegenheit zurücktrete und daß es unter Umständen für den Arzt sittliche Pflicht sein könne, der Ehefrau von der geschlechtlichen Erkrankung des Mannes Kenntnis zu geben, um sie vor Ansteckung zu bewahren. Es sei auch

> „vielleicht nicht schlechthin ausgeschlossen, eine solche moralische Mitteilungspflicht einer dritten Person gegenüber, die nicht die Ehefrau sei, anzunehmen“

Wann freilich eine derartige höhere sittliche Pflicht vorliege, sagt das Reichsgericht nicht, und angesichts seiner äußerst vorsichtigen Ausdrucksweise wird der Arzt gut tun, bei derartigen Pflichtenkollisionen seine Verschwiegenheitspflicht nicht zu niedrig zu bewerten. Unbedingt zu verwerfen ist die in der Literatur mehrfach vertretene Ansicht, daß das Interesse der Rechtspflege, der Wissenschaft oder der öffentlichen Gesundheitspflege höher einzuschätzen sei als das Interesse des Patienten an der Wahrung des Berufsgeheimnisses. Nur in ganz besonderen Ausnahmefällen wird man zugeben können, daß dem Arzt eine höhere sittliche Pflicht gebiete, das Berufsgeheimnis zu verletzen.

II. Nach diesen Gesichtspunkten hat die Beantwortung der fünf Fragen zu erfolgen.

1. Hat der Arzt die Amme oder deren Kind im Auftrage der Herrschaft untersucht und dabei eine syphilitische Erkrankung festgestellt, so ist er auf Grund seines Vertragsverhältnisses zur Herrschaft diese aufzuklären verpflichtet.

Hat der Arzt bei der Amme oder dem Kinde Syphilis beobachtet, ohne mit der Behandlung der Amme von der Herrschaft beauftragt gewesen zu sein, so kommt es darauf an, in welchem Verhältnisse er zu der Herrschaft steht. Ist er deren behandelnder Arzt, indem er z. B. die Entbindung vorgenommen hat, so gebietet ihm seine Berufspflicht, die Herrschaft über die Krankheit der Amme oder deren Kindes zu unterrichten, wenn das Kind der Herrschaft auf andere Weise vor Ansteckung nicht zu bewahren ist.

Steht der die Amme oder deren Kind behandelnde Arzt zu der Herrschaft zwar nicht in einem beruflichen, wohl aber in einem verwandt-

[1]) [illegible]

schaftlichen oder Freundschaftsverhältnisse, so tritt die Frage an ihn heran, ob die sittliche Pflicht, Freunde und Verwandte vor Schaden zu bewahren, höher einzuschätzen sei, als die Pflicht zur Verschwiegenheit. Diese Frage ist meines Erachtens zu bejahen, wenn der Arzt kein Mittel unversucht gelassen hat, die Amme zu veranlassen, selbst der Herrschaft die notwendige Aufklärung zu geben oder wenigstens ihre Stellung bei der Herrschaft sofort zu verlassen. Diese auf dem Freundschafts- oder Verwandtschaftsverhältnisse beruhende sittliche Pflicht muß höher bewertet werden, als die Verschwiegenheitspflicht gegenüber der Amme, wenn diese unmoralisch genug ist, wissentlich dem Kinde der Herrschaft Schaden zufügen zu wollen.

Ist dagegen dem Arzte, der die Amme oder deren Kind behandelt, die Herrschaft ganz unbekannt, so kann ich dem Arzte nicht einmal das Recht zugestehen, von der bei der Amme oder deren Kinde festgestellten Syphilis der Herrschaft Kenntnis zu geben. Wenn auch jedem Menschen die moralische Pflicht obliegt, seine Mitmenschen tunlichst vor Schaden zu bewahren, so muß doch diese allgemeine Pflicht hinter der dem Arzte auferlegten Schweigepflicht zurücktreten. Es geht nicht an, daß der Arzt, welcher einen Patienten an einer ansteckenden Krankheit behandelt, alle Personen warnt, welche möglicherweise von dem Kranken angesteckt werden können. Es genügt, wenn er in diesem Falle seinen Patienten auf die strafrechtlichen Folgen hinweist, welche diesem wegen Körperverletzung erwachsen können, wenn er seine Krankheit auf andere Personen überträgt.

2. Wer als Arzt eine Entbindung vorgenommen hat und danach der Mutter und dem Kinde ärztlichen Beistand leistet, wird in der Regel auch die Amme, die für das Kind angenommen wird, auf ihren Gesundheitszustand hin untersuchen. Ob er dies im Auftrage der Herrschaft oder der Amme selbst tut, ist für seine beruflichen Beziehungen zur Amme gleichgültig. In beiden Fällen ist die Amme als Patientin des Arztes zu betrachten und dieser hat infolgedessen kraft seiner Berufspflicht sie tunlichst vor Ansteckung zu bewahren. Ist dies auf andere Weise, insbesondere durch Einwirkung auf die Herrschaft, nicht möglich, so ist er befugt, sie über die Krankheit des Herrschaftskindes zu unterrichten.

Ausnahmen sind kaum denkbar. Denn auch der Arzt, welcher die Behandlung der Herrschaft erst übernimmt, nachdem bei dieser die Amme ihre Funktion schon begonnen hat, wird in berufliche Beziehungen zur Amme treten, da schon seine Berufspflicht der Herrschaft gegenüber ihm gebietet, den Gesundheitszustand der Amme zu überwachen.

3. Auch die dritte Frage ist nach denselben Grundsätzen wie die beiden anderen zu beantworten.

Wer als Arzt im Auftrage des Ehemannes die Ehefrau behandelt, ist auf Grund seiner Vertragspflicht verbunden, dem Manne den Krankheitsbefund mitzuteilen. Sollte ausnahmsweise der umgekehrte Fall vorliegen, daß der Arzt den Mann im Auftrage der Frau behandelt, so hat er auf Grund des Vertrages die Frau über das Leiden des Mannes

zu unterrichten. Läßt sich der Mann oder die Frau selbständig vom Arzte behandeln, so ist dieser dem andern Teile gegenüber nur dann von seiner Verschwiegenheitspflicht befreit, wenn dieser eine Berufspflicht oder eine höhere sittliche Pflicht gegenübersteht.

Eine Berufspflicht liegt vor, wenn der Arzt, welcher von dem einen Ehegatten konsultiert wird, gleichzeitig den andern Ehegatten behandelt, wenn er also z. B. Hausarzt der Familie ist. Stellt er in einem solchen Falle bei dem einen Ehegatten Syphilis fest, so gebietet ihm die Berufspflicht, die ihm dem andern Ehegatten gegenüber obliegt, diesen zu warnen, aber nur dann, wenn er die Überzeugung erlangt hat, daß dieser auf andere Weise vor Ansteckung nicht zu retten ist. Ist er also z. B. auf Grund seiner Kenntnis des Charakters seines Patienten überzeugt, daß ein geschlechtlicher Verkehr zwischen den Ehegatten nicht stattfinden wird, dann darf er sein Berufsgeheimnis nicht verletzen.

Es ist noch zu erwägen, ob etwa der Arzt zwar nicht im Hinblicke auf die dem andern Ehegatten drohende Ansteckungsgefahr, wohl aber mit Rücksicht auf das Wohl des von ihm behandelten kranken Ehegatten den andern über die Krankheit zu unterrichten kraft seiner Berufspflicht verbunden sei. Er hält z. B. zwecks Heilung des Kranken eine Kur für unumgänglich, die ohne Vorwissen oder Genehmigung des andern Ehegatten nicht durchgeführt werden kann. Trotzdem hier die Gesundheit des Kranken auf dem Spiele steht und der Arzt für das Wohl des Kranken zu sorgen beruflich verpflichtet ist, halte ich den Arzt doch nicht für berechtigt, gegen den Willen des Kranken über dessen Leiden dem andern Ehegatten zu berichten. Denn der Patient weiß ja, was ihm bevorsteht, wenn er die Kur nicht gebraucht. Wenn ihm der Fortschritt seiner Krankheit im Vergleiche mit der Aufklärung des andern Ehegatten als das geringere Übel erscheint, so ist diese Auffassung auch für den Arzt maßgebend. Dem Arzte ist ebensowenig wie die Vornahme einer lebensrettenden Operation gestattet, in anderer Weise die Heilung des Kranken gegen dessen Willen herbeizuführen. Die Berufspflicht des Arztes, für das Wohl des Kranken zu sorgen, wird durch dessen Selbstbestimmungsrecht begrenzt.

Wenn der andere Ehegatte von dem Arzte zwar nicht behandelt wird, wohl aber zu dessen Freunden oder Verwandten gehört, dann kann für den Arzt unter Umständen die sittliche Pflicht bestehen, ihn durch Warnung vor Ansteckung zu bewahren. Ist dagegen dem behandelnden Arzte der andere Ehegatte fremd, so ist ihm die Verletzung des Berufsgeheimnisses selbst dann nicht gestattet, wenn ihm ohne diese die Verhütung der Ansteckung des andern Ehegatten unmöglich erscheint.

4. Läßt der Vater sein Kind ärztlich behandeln, so ist er der Auftraggeber und der Arzt hat nicht das Recht, gegen seinen Willen der Mutter Aufschluß über die Krankheit des Kindes zu geben. Er wird aber hierzu verpflichtet, wenn er auch von der Mutter mit der Untersuchung oder Behandlung des Kindes beauftragt wird. Denn neben dem Vater hat nach § 1631 B. G. B. auch die Mutter das Recht und die Pflicht

für die Person des Kindes zu sorgen. Auf Grund dieser Fürsorgepflicht ist die Mutter selbständig berechtigt und verpflichtet, in Krankheitsfällen dem Kinde ärztliche Hilfe zu verschaffen.

Tut sie dies, so kann sie auf Grund des mit dem Arzte abgeschlossenen Vertrages Auskunft über die Krankheit des Kindes verlangen.

Ebenso verhält es sich umgekehrt, wenn der Arzt das Kind im Auftrage der Mutter behandelt und der Vater Aufklärung beansprucht.

Der Arzt wird also in solchen Fällen dem andern Ehegatten, der über die Krankheit des Kindes unterrichtet zu sein wünscht, zunächst zu befragen haben, ob auch er ihn mit der Behandlung des Kindes beauftragen und demgemäß auch für das Honorar haften wolle. Wenn die Frage bejaht wird, dann ist damit ein selbständiger Vertrag zwischen dem Arzte und dem andern Ehegatten geschlossen, kraft dessen der Arzt auch dem andern Ehegatten gegenüber zum Berichte über den Krankheitsbefund verbunden ist.

5. Wird das Pflegekind im Auftrage der Pflegefrau von dem Arzte behandelt, so hat dieser auf Grund seiner Vertragspflicht die Pflegefrau über die Krankheit des Kindes zu unterrichten. Geschieht die Behandlung im Auftrage der abwesenden Eltern, so kann ihm eine Berufspflicht oder eine höhere sittliche Pflicht die Mitteilung gebieten. Auf Grund seiner Berufspflicht muß er die Pflegefrau aufklären, wenn er gleichzeitig ihr behandelnder Arzt ist und die Gefahr ihrer Ansteckung durch das Kind auf andere Weise nicht abgewendet werden kann.

Aber auch kraft der ihm dem Kinde gegenüber obliegenden Berufspflicht kann er zur Aufklärung der Pflegefrau über die Krankheit des Kindes verbunden sein, wenn z. B. ohne diese Aufklärung ärztliche Maßnahmen, die für das Wohl des Kindes dringend erforderlich sind, nicht getroffen werden können.

Ein solcher Fall hat zur Voraussetzung, daß die Einwilligung des Vaters als des gesetzlichen Vertreters nicht rechtzeitig eingeholt werden kann. Verbietet der Vater die Mitteilung, dann hat sie zu unterbleiben, selbst wenn die Gesundheit des Kindes dadurch Schaden leiden sollte.

Steht der Arzt zur Pflegefrau nicht in beruflichen Beziehungen und erfordert auch die Gesundheit des Kindes nicht eine schleunige Maßnahme, so kann doch noch unter den Voraussetzungen, wie sie unter 3 geschildert sind, eine höhere sittliche Pflicht dem Arzte die Aufklärung der Pflegefrau über die Krankheit des Kindes gebieten.

III. Wenn Vertrags- oder Berufspflichten nicht in Frage kommen, wird es für den Arzt oft schwer sein zu entscheiden, ob die sittliche Pflicht zum Reden, die ihm sein Gewissen auferlegt, höher einzuschätzen sei als die ihm nach dem Gesetze obliegende Pflicht zum Schweigen, denn die Ansichten über Moral sind verschieden und wechseln im Laufe der Zeit. Ich möchte deshalb nicht unterlassen hervorzuheben, daß der Arzt auf Grund des § 300 Str.-G.-B. nicht bestraft werden kann, wenn er irrtümlich angenommen hat, daß er auf Grund einer höheren sittlichen Pflicht zur Verletzung des Berufsgeheimnisses befugt gewesen sei. Hat

sich der Arzt über deren Inhalt und Tragweite geirrt, so ist er nach § 59, 1. Abs., Str.G.B., straflos[1].

Wenn also der Arzt bei Kollisionen zwischen der sittlichen Redepflicht und der gesetzlichen Schweigepflicht diese Pflichten sorgfältig gegeneinander abwägt und das Ergebnis dieser Erwägungen die Überzeugung ist, daß er reden müsse, so kann er nicht bestraft werden, selbst wenn der Strafrichter über die Bewertung der kollidierenden Pflichten anderer Ansicht sein sollte.

[1] Vgl. R.G.Str. 38, S. 62.

ERGEBNISSE DER SÄUGLINGSFÜRSORGE.

HERAUSGEGEBEN VON

PROF. DR. ARTHUR KELLER,

DIREKTOR DES KAISERIN AUGUSTE VICTORIA-HAUSES ZUR BEKÄMPFUNG DER SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT IM DEUTSCHEN REICHE.

SECHSTES HEFT.

DIE LEHRE VON DER SÄUGLINGSERNÄHRUNG

WISSENSCHAFTLICH UND POPULÄR.

VON

PROFESSOR DR. ARTHUR KELLER.

LEIPZIG UND WIEN.

FRANZ DEUTICKE.

1911.

Verlags-Nr. 17[illegible].

Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

Inhaltsverzeichnis.



Die Lehre von der Säuglingsernährung, wissenschaftlich und populär.

Einleitung.

Es gibt kaum ein Gebiet der Volkshygiene, auf dem, auch bei Kulturvölkern, so viele Unsitten, Ammenmärchen und falsche Anschauungen verbreitet sind, wie in der Ernährung und Pflege des Säuglings. Es gibt kaum ein Gebiet der Medizin, auf dem eine derartige Zersplitterung der wissenschaftlichen Anschauungen besteht, wie in der Physiologie und Pathologie des Säuglingsalters. Beide Erscheinungen haben die gleiche Ursache: Säuglingshygiene war ein Feld, das lange Zeit der Mutter und ihrer Beraterin, der Hebamme, allein überlassen war, und Säuglingsheilkunde ist ein junges Fach, in welchem innerhalb weniger Jahre eine Menge intensiver Arbeit geleistet worden ist, ohne daß der reichlich erworbene neue Wissensbesitz genügende Festigkeit gewonnen hätte. Um Unsitte und falsche Anschauungen zu bekämpfen, ist Belehrung auf breitester Grundlage erforderlich. Die Belehrung setzt aber als notwendige Basis einen Fonds von festem Wissen voraus, und die Belehrung der Masse des Volkes eine Einheitlichkeit zum mindesten in den Grundprinzipien der Lehre, welche allein den Erfolg verbürgt.

Selbst im engeren Kreise der Fachleute eines Landes sind auf unserem Spezialgebiet der Säuglingsernährung die Differenzen in den Anschauungen so groß, daß jede Schule, ja fast jeder Lehrer eine eigene Richtung vertritt. In einem theoretischen Fache könnte man wohl in Ruhe abwarten, bis der Streit der Meinungen zu einer Klärung führt; die Kinderheilkunde aber ist ein praktisches Fach, und die Lehre von der Säuglingsernährung hat in ihrem Einfluß auf Säuglingsmorbidität und Mortalität eine so eminente praktische Bedeutung, daß eine energische Warnung vor weiterer Zersplitterung not tut. Wenn schon in der wissenschaftlichen Forschung, in Laboratorium und Klinik der Streit nicht zur Ruhe kommt und nicht kommen darf, so dürfen diese wissenschaftlichen Meinungsdifferenzen nach außen nicht so in Erscheinung treten, daß sie den praktischen Erfolg hemmen.

Zwischen Kinderheilkunde und Säuglingsfürsorge besteht ein Abhängigkeitsverhältnis, das beiden Teilen Vorteile bringt, aber auch beiden Verpflichtungen auferlegt.

So mannigfaltig und verschiedenartig die Momente sind, welche die Säuglingssterblichkeit beeinflussen, so gewiß sind die wesentlichen Grundlagen für die Bekämpfung der Sterblichkeit und für die Hygiene des Kindesalters erst durch die wissenschaftlichen Forschungen über Physiologie und Pathologie des Säuglings geschaffen worden. Die Säuglingsfürsorge hat die Aufgabe, die Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschungen in die Praxis umzusetzen und sie für die weitesten Kreise des Volkes nutzbar zu machen. Und die Säuglingsfürsorge als angewandte Pädiatrie schafft den wissenschaftlichen Lehren der Kinderheilkunde in der populären Belehrung die kräftigste Resonanz. Die berufenen Lehrer für die Volksaufklärung sind Ärzte, Hebammen, Schwestern, Helferinnen, und eine Unterstützung soll das mündliche Wort in den gedruckten Schriften und Merkblättern finden. Ich habe mir in der gegenwärtigen Arbeit die Aufgabe gestellt, zu untersuchen, wie weit im Unterricht der Lehrer und wie weit in der Belehrung der Mütter Einheitlichkeit herrscht, und teile demnach meine Ausführungen in „Wissenschaftlichen Unterricht" und „Populäre Belehrung".

In gewissem Sinne will ich die gegenwärtigen Anschauungen über Säuglingsernährung nebeneinanderstellen und beleuchten, habe jedoch mein Thema von vornherein nach zwei Richtungen eingeschränkt. In der Fürsorge handelt es sich um Prophylaxe, es kommt also nur die Ernährung des gesunden Kindes in Betracht. Und das allein hat mir den Mut gegeben, eine solche Zusammenstellung zu versuchen. Denn wenn wir auf das Gebiet der Pathologie, auf Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie übergehen, dann finden wir heutzutage ein derartiges Durcheinander verschiedener Lehren, daß die größte Gewandtheit und geübte Kritik dazu gehört, sich zurecht zu finden. Ich will aber hier an dieser Stelle — und das betone ich ganz besonders — nicht kritisch vorgehen, sondern mir kommt es im Interesse der Fürsorge darauf an, die Differenzen der Anschauungen in wissenschaftlicher und populärer Belehrung zum Ausdruck zu bringen. Selbst bei Beschränkung auf die deutsche Pädiatrie wäre es heute eine recht mühsame Arbeit, die Lehren der verschiedenen Schulen über die Ernährung des kranken Kindes übersichtlich darzustellen. Der deutschen Pädiatrie könnte man heute dasselbe vorhalten, was Virchow in der Vorrede zu seiner „Speziellen Pathologie und Therapie" im Jahre 1853 von der deutschen Medizin im allgemeinen gesagt hat: „Sie ist infolge der Zersplitterung der Schulen zum Gespött und zur Beute der Fremden geworden". Kaum scheint eine Lehre fertig ausgearbeitet zu sein und allgemeine Anerkennung zu finden, so erstehen ihr von neuem Gegner, welche an ihre Stelle eine andere setzen wollen, und wie im Wechsel der Jahre alte Trachten von neuem wieder beliebt werden und als Modell für die neueste Mode dienen, so tauchen auch in der wissenschaftlichen Kinderheilkunde hin und wieder

Lehren auf, die vor Jahrzehnten aufgestellt wurden und seitdem scheinbar vergessen waren. Das Studium alter Schriftsteller zeigt uns nur immer wieder, daß die damaligen und die heutigen Anschauungen über Säuglingsernährung gar so verschieden nicht sind. Dadurch aber, daß ständig neue Lehren propagiert werden, wird eine Unruhe in die wissenschaftliche Arbeit eines Faches hereingetragen, welche dem Unterricht sicherlich nicht förderlich ist.

Wissenschaftlicher Unterricht.

Vom Unterricht der Ärzte, Studenten und Hebammen will ich sprechen, die nun ihrerseits berufen sind, belehrend und beratend vernünftige Anschauungen über Säuglingsernährung den Müttern zu übermitteln. Als Studienmaterial dienen mir die einschlägigen Lehrbücher aus verschiedenen Sprachen, die ich seit Jahren gesammelt habe, und ferner die persönlichen Erfahrungen, die ich auf Auslandsreisen bei Gelegenheit von Besuchen in den verschiedensten Anstalten gemacht habe. Denn gerade dabei kommt es einem so recht zum Bewußtsein, welche krassen Differenzen nicht etwa in den Volkssitten, sondern in den Anschauungen der Universitätslehrer bestehen. Wenn da der eine vom ersten Lebenstage an Vollmilch verabreichen läßt, der andere sie erst am Ende des ersten Lebensjahres angewendet wissen will, wenn jener 10 bis 12 Mahlzeiten verordnet, dieser nicht mehr als 5 Mahlzeiten zuläßt, wenn in der einen Anstalt Gemüse bereits im 4. oder 5. Monat, in der andern erst am Ende des 2. Lebensjahres gegeben wird, und wenn bei diesen Verordnungen jeder einzelne der Lehrer sich auf Erfahrungen und Erfolge beruft, dann muß ein unbefangener Beobachter doch zu der Meinung kommen: es muß wohl jede der Methoden ihre Berechtigung haben, und es ist gleichgültig, ob der Säugling so oder anders ernährt wird. Dem widersprechen leider die Zahlen der Säuglingssterblichkeit, die unter dem Einflusse falscher Ernährung so hoch ist. Sind aber diese ärztlichen Vorschriften **nicht** gleichgültig für das Gedeihen des Kindes, dann erscheint es mir im Interesse der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit notwendig und als eine Pflicht der wissenschaftlichen Kinderheilkunde, eine eindeutige Lösung der Hauptfragen herbeizuführen.

Merkwürdig ist, daß in diesen wissenschaftlichen Fragen zumeist jedes Land seinen eigenen Weg gegangen ist, wenig beeinflußt von den im Nachbarlande geltenden Anschauungen. Und merkwürdig ist, daß, so verschieden auch die Anschauungen sein mögen, an allen Stellen immer nur von guten Erfolgen gesprochen wird. Mit wenigen Ausnahmen ist der Lehrer mit dem Erfolge seiner Methode zufrieden, und falls er bei einem andern bessere Erfolge sieht, so tröstet er sich mit der Behauptung, daß dieser andere ein günstigeres Beobachtungsmaterial hat. Es ist zu bedauern, daß wir nicht einen Maßstab haben, um in größeren Massenversuchen eine Entscheidung herbeizuführen, durch welche Ernährungsmethode die besten Erfolge erzielt werden. Es ist wohl nicht unbescheiden, wenn wir konstatieren, daß die deutsche Pädiatrie gerade auf dem Gebiete der Säug-

lingsernährung eine führende Stelle einnimmt. Doch ist mir wiederholt im Auslande gesagt worden: „Das sind theoretisch interessante Untersuchungen, in der Praxis aber fehlen die Erfolge; sonst könnte in der Reihe der Staaten Deutschland nicht an so ungünstiger Stelle bezüglich der Säuglingssterblichkeit stehen." Diese Beweisführung lasse ich nicht gelten: denn ich glaube und weiß: es gibt nicht allzu viele offizielle Statistiken, deren Zahlen so absolut zuverlässig sind wie die der deutschen. Aber um vollständig unparteiisch zu bleiben, habe ich aus meinen Betrachtungen die deutschen Lehrbücher außer acht gelassen. Es kommt mir, wie oben gesagt, nur darauf an, die Differenzen in wissenschaftlichen Anschauungen darzustellen, und dazu liefern mir die Lehrbücher des Auslandes vollkommen genügend Material, wenn ich einzelne Merkblätter, deren Verfasser in der Pädiatrie bekannte Namen tragen, noch hinzunehme. Um die Darstellung nicht gar zu sehr mit Einzelheiten zu belasten, und um sie nicht allzu schleppend zu machen, habe ich die speziellen Nachweise und mein Studienmaterial im Anhang niedergelegt und beschränke mich hier auf eine zusammenfassende Darstellung.

Über Ernährung des neugeborenen Kindes herrschen die verschiedensten Anschauungen. Während Thomson[1] erklärt, vor dem 3. Lebenstage sei keine Nahrung notwendig, höchstens ein paar Teelöffel gekochten Wassers, während Kerley am 1. und 2. Lebenstage nur Milchzuckerlösung verabreichen läßt, kommen andere nicht von der Vorstellung frei, möglichst frühzeitige Verabreichung der Brust sei wegen der angeblichen abführenden Wirkung des Kolostrums wünschenswert, und wieder andere fürchten, daß bei ungenügender Ernährung eventuell schon am 2. Lebenstage Inanitionsfieber eintritt, und weiter: sowohl Budin wie Hutinel und Lesné lassen erst nach 24 Stunden das Brustkind anlegen. Die letzteren verbieten für diese ersten 24 Stunden überhaupt jede Flüssigkeit, andere gestatten schon wenige Stunden nach der Geburt den ersten Stillversuch, fügen aber allerdings meist hinzu, daß man ohne Schaden auch 24, ja 36 Stunden damit warten kann. Ernster ist es, daß aus den Lehrbüchern nicht die Empfehlung verschwindet, bei anscheinend ungenügender Milchproduktion eventuell schon am 2. oder 3. Lebenstage verdünnte Kuhmilch zu reichen, bis die Milchsekretion bei der Mutter in Gang kommt. Denn das ist eine Unsitte, gegen die wir in Fürsorge und Privatpraxis fortwährend anzukämpfen haben.

Was die Zahl der Mahlzeiten anbetrifft, so werden die Brustkinder nach den ärztlichen Vorschriften und auch der Volkssitte entsprechend in Nordamerika, England, Frankreich, Italien in den ersten Wochen 8- bis 10mal in 24 Stunden angelegt, allmählich werden die Nahrungspausen verlängert, so daß etwa im sechsten Monat noch 6 Mahlzeiten bestehen bleiben. Bei uns in Deutschland ist es der ärztlichen Belehrung gelungen, die Häufigkeit des Anlegens wesentlich zu vermindern; fast allenthalben lautet die Vorschrift, das Kind 5-, höchstens 6mal in 24 Stunden anzu-

[1] Am Schlusse des Heftes befindet sich ein Literaturverzeichnis.

legen und ihm sowie der Mutter so frühzeitig als möglich eine Nachtpause von 6 bis 8 Stunden zu gewähren. Diese Anschauung, von Czerny wissenschaftlich begründet, gewinnt, wie ich von den verschiedensten Seiten höre, auch im Auslande ständig an Boden.

Für die Nahrungsmenge des Brustkindes finden wir in der Mehrzahl der Lehrbücher keine strikte Zahlenangabe, sondern es wird die Nahrungsmenge im Verhältnis zum Körpergewichte festgestellt. Die ursprüngliche Angabe von Budin und Maurel, ein Brustkind brauche als Nahrung pro Tag nicht mehr als $^{1}/_{10}$ seines Körpergewichtes, ist in keinem Lande so scharf angegriffen worden als in Frankreich, wo besonders Variot seit Jahren einen Feldzug gegen diese „Hungerdiät" eröffnet. Soweit sich bestimmte Zahlen in den Lehrbüchern finden, schwanken die Angaben für den Nahrungsbedarf des jungen Brustkindes von $^{1}/_{5}$ bis $^{1}/_{11}$ des Körpergewichtes.

Bezüglich des Verhaltens der Stillenden begegnen wir in Lehrbüchern hin und wieder minutiösen Diätvorschriften, die der Stillenden alle möglichen Speisen als unzuträglich verbieten, während in anderen Büchern und vor allem im praktischen Betriebe größerer Anstalten von solchen Verboten gar keine Rede ist. Im Gegensatze zu anderen wird in den französischen Lehrbüchern auf Beobachtungen hingewiesen, in denen psychische Erregungen einen wesentlichen Einfluß auf die Laktation und das Gedeihen des Kindes haben sollen, und ferner werden von französischen Autoren Beobachtungen mitgeteilt, in denen angeblich eine schlechte Beschaffenheit der Muttermilch nachgewiesen wurde, so daß sie für die Ernährung des Kindes als ungeeignet erklärt wurde. Auf ebenso großen Widerstand wie diese Anschauung wird der Vorschlag Terriens stoßen, welcher als bestes Kriterium in solchen Fällen empfiehlt, für 24 Stunden das Stillen auszusetzen und dem Kinde sterilisierte Milch zu geben; bessern sich oder verschwinden die Störungen, so dürfe man auf schlechte Beschaffenheit der Milch schließen. — Recht widersprechend sind auch die Angaben über die Rückkehr der Menses bei der Stillenden; nach Variot dürfen normalerweise die Menses während der Laktation nicht erscheinen, andere, z. B. Dingwall-Fordyce, sehen im Gegenteil in der Rückkehr der Menses während der Stillzeit ein Zeichen von Gesundheit; nur dürfen diese Autoren dann nicht, wie es der eben genannte tut, das Kind während der Dauer der Menstruation der Mutter künstlich ernähren und die Muttermilch abspritzen lassen.

In der künstlichen Ernährung des Säuglings bestehen noch größere Unterschiede, und zwar sind sie nicht durch Volkssitten bedingt, sondern durch Wandel in den ärztlichen Anschauungen, die allmählich populär geworden sind. Soweit man nach den Lehrbüchern urteilen darf, lassen sich in der diesbezüglichen wissenschaftlichen Literatur drei große Gruppen unterscheiden: 1. Franzosen, denen sich die italienische Pädiatrie anschließt, 2. Amerikaner und Engländer, 3. Deutsche und ihre Anhänger. In Frankreich kommt als Nahrung fürs erste Lebensjahr fast ausschließlich Milch in Betracht, nur selten geht die Tagesmenge über einen

Liter heraus. Die Zahl der Mahlzeiten beträgt in den ersten Wochen 8 bis 10 und geht dann auf etwa 7 zurück. Mehrfach finden wir erwähnt, daß in früherer Zeit auch in Frankreich stärkere Verdünnungen der Milch in Gebrauch waren; so führt z. B. Marfan folgende Tabelle aus dem Jahre 1886 an, welche aus einer Krippe stammt:

1. Woche	[illegible] Milch
2. „	[illegible] „
1. und 2. Monat	[illegible] „
3. „ 4. „	[illegible] „
5. „ 6. „	[illegible] „
6. bis 9. „	[illegible] „

Eine solche Vorschrift finden wir heute in keinem der französischen Lehrbücher mehr. Wohl dürfte Budin, der vom ersten Lebenstage an Vollmilch verabreichen ließ, heute in Frankreich selbst nur noch wenige Anhänger haben. Immerhin wird jedoch vom dritten, vierten Monat anscheinend Vollmilch vorgeschrieben. Den stärkehaltigen Nahrungsmitteln gegenüber verhalten sich die französischen Autoren sehr ablehnend. Ich entnehme Andérodias eine Notiz, nach welcher Marfan, Comby, Budin erst nach 9 Monaten, d'Espine und Picot, le Gendre und Broca erst mit 1 Jahre Mehl und Schleim gestatten, und von Gemüsen ist außer bei den Anhängern Mérys in der Diät des ersten Lebensjahres überhaupt keine Rede. In der Bewertung respektive Verwendung der stärkehaltigen Nahrungsmittel und der Gemüse stimmt mit der französischen die englisch-amerikanische Richtung überein, aber sonst weicht sie weit von ihr ab. Die Amerikaner fangen beim Neugeborenen äußerst vorsichtig mit starken Verdünnungen (Koplik: 1·5% Fett und 0·5% Eiweiß) an und steigern den Gehalt an organischen Nährstoff äußerst langsam, so daß sie erst am Ende des ersten Lebensjahres Vollmilch geben lassen. Dagegen gehen sie in der Gesamtnahrungsmenge bereits am Ende des zweiten Vierteljahres über ein Liter heraus. Ähnlich gehen die Italiener vor, und beide machen — besonders beim jungen Kinde — außerordentlich große Nahrungspausen. Wenn ich hier nur ganz kurz die deutsche Richtung skizzieren darf, so wären folgende Punkte hervorzuheben: Zahl der Mahlzeiten 5, höchstens 6, bezüglich der Konzentration der Nahrung einen Mittelplatz zwischen amerikanischer und französischer Richtung, frühzeitige Verabreichung von Schleim, Mehl, Zerealien und Gemüse. Wenn man weiß, wie groß die Unterschiede in den Anschauungen allein der deutschen Schulen sind — und dasselbe gilt für England, für Frankreich und für Amerika — dann wird man es begreiflich finden, daß ich darauf verzichten muß, die Unterschiede der drei Richtungen prägnanter anzugeben. Jedenfalls genügt dem, der sich für Einzelheiten interessiert, ein Studium der Notizen im Anhange, um sich davon zu überzeugen, daß bei der beschränkten Zahl der für den Säugling in Betracht kommenden Nahrungsmittel mathematisch kaum

mehr Mutationen denkbar sind, wie sie uns die wissenschaftliche Kinderheilkunde bietet. Von einer Einheitlichkeit des Unterrichtes ist keine Rede.

Vollständig auf Amerika beschränkt geblieben ist bisher eine Technik der Ernährung, wie sie heute in den Großstädten der Vereinigten Staaten mehr und mehr in Gebrauch kommt. Ich darf wohl annehmen, daß Einzelheiten über diese Prozentualmethode bei uns relativ wenig bekannt sind, und darf etwas mehr darauf eingehen, zumal der Reiz, den unsere neue Anstalt, das Kaiserin-Auguste-Victoria-Haus, zunächst noch auf Besucher von jenseits des großen Wassers ausübt, mir eine willkommene Gelegenheit verschafft hat, meine litterarischen Studien über die Rotchsche Methode durch mündliche Unterhaltungen zu ergänzen. Ich darf für die Belehrung den Herren Kollegen Kerley, Kimball und Koplik meinen verbindlichsten Dank sagen.

Die Begründer der amerikanischen Methode sind Prof. T. M. Rotch von der Harvard-Universität und G. E. Gordon von der Walker-Gordon-Laboratory-Company.

Die amerikanischen Kollegen erklären die Prozentualmethode für einen außerordentlich großen Fortschritt in der Technik der Ernährung, weil sie Gelegenheit zu größter Individualisierung gibt, und weil nach ihrer Ansicht nur sie die Möglichkeit bietet, die Beobachtungen und Erfolge verschiedener Ärzte untereinander zu vergleichen. Dabei ist nicht zu vergessen, daß die amerikanischen Pädiater bemüht sind, aus der klinischen Beobachtung und aus den Symptomen der Nährschäden die richtige Indikation für die Nahrungswahl zu stellen. Unter diesen Umständen aber und mit der technischen Vervollkommnung, welche die Prozentualmethode darbietet, sind die Kollegen mit ihren Erfolgen ausnahmslos sehr zufrieden und fangen an, den Wert natürlicher Ernährung zu unterschätzen. Die besten, wie z. B. Holt, gehen so weit zu erklären: wenn das Kind nicht gedeiht, Störungen zeigt oder nicht zunimmt, soll das Stillen nicht mehr fortgesetzt werden. Da die Beschaffung von Ammen in den Vereinigten Staaten größere Schwierigkeiten macht als bei uns, so entschließt man sich noch leichter zu künstlicher Ernährung und mit einer überraschenden Zuversicht auch schon vom 1. Lebenstage an.

Die technisch beste Lösung für diese Individualisierung geben die Milk-Laboratories, deren erstes in Boston im Jahre 1892 von der Walker-Gordon-Company eingerichtet wurde. Heute bestehen in 16 amerikanischen Großstädten derartige Laboratorien, in 19 weiteren Agenturen, in denen das Fabrikat einmal täglich abgegeben wird. Jede ärztliche Verordnung wird ausgeführt. Das dem Laboratorium zugehende Rezept enthält alle Einzelheiten, z. B. (Holt S. 157):

Rp.		
	Fat	3½ %
	Sugar	6 %
	Proteids	1½ %
	Alkalinity, lime-water	5 %
	Number of feedings	8
	Amount for each feedings	4 ounces
	Heat to 155° F.	20 minutes.

Aber noch viel kompliziertere Rezepte als das eben angegebene werden ausgeführt.

Die gebotenen Modifizierungsmöglichkeiten gehen des weiteren aus einem Rezeptformular hervor, welches Rotch angibt[1]:

---

[1]) Rotch, Interstate Medical Journal Vol. XVII, Nr. 5.

R PER CENT.

Fats

(A) Carbohydrates
- Lactose (milk sugar)
- Maltose (malt sugar)
- Saccharose (cane sugar)
- Dextrose (grape sugar)
- Starch

(B) Dextrinize

(C) Proteids
- whey
- casein

(D) Peptonize

(E) Sodium Citrate
- [illegible] of milk and cream
- [illegible] of total mixture

(F) Sodium Bicarb.
- [illegible] of milk and cream
- [illegible] of total mixture

(G) Lime Water
- [illegible] of milk and cream
- [illegible] of total mixture

(H) Lactic Acid Bacillus . . .
- 1 To inhibit the saprophytic fermentation
- 2 To facilitate digestion of the proteids

Heat at ______ °F

Number of Feedings

Amount at each Feeding ______ oz.

ORDERED PER

ADDRESS

DATE ______ 191

M. D.

Das, was die amerikanischen Ärzte den Laboratorien besonders nachrühmen, ist die absolute Zuverlässigkeit ihres Arbeitens. Ferner sehen sie einen großen Vorteil darin, daß der Arzt in der Verordnung jeglicher Säuglingsnahrung unabhängig von der Pflegerin ist. Für diese Großstadtkinder in den Vereinigten Staaten gibt es in der Privatpraxis nur eine Grenze für die Verwendung der Laboratory-milk, das ist ihr Preis, der auch für amerikanische Verhältnisse außerordentlich hoch ist (etwa 2 Mark pro Tag).

Die Laboratorien stellen, wie gesagt, „modified milk" in jeder gewünschten Zusammensetzung her; nur ist es bisher nicht Sitte, auch für die anorganischen Salze eine bestimmte Zusammensetzung nachzuweisen, es sind in der Regel die Gesamtsalze der Kuhmilch in entsprechender Verdünnung. Für die Herstellung der Modifikation dienen in den Laboratorien als Grundelemente:

1. Sahne mit 20% Fettgehalt,
2. durch Zentrifuge abgerahmte Milch und
3. 20%ige Milchzuckerlösung.

Durch Mischung dieser drei Flüssigkeiten in verschiedener Kombination stellt man mit größter Genauigkeit eine Säuglingsnahrung jeder beliebigen Zusammensetzung her. Vermittels der Molke kann man einen bestimmten Gehalt an Molke, Eiweiß besonders an Laktalbumin erreichen. Durch entsprechende Kombination sind mit einem Fettgehalt von 1 bis 4% und einem Zuckergehalt von 4 bis 7% folgende Variationen in Eiweißkörpern herzustellen.

Molkenproteide	Kasein
0·25%	0·25%
0·50%	0·25%
0·75%	0·25%
0·75%	0·50%
0·90%	0·25%
0·80%	0·50%
0·80%	0·75%
0·90%	0·60%
0·50%	0·90%
0·75%	1·15%
0·60%	1·25%

Die gewünschte Alkaleszenz wird durch Kalkwasserzusatz erreicht.

Holt, Kerley, Kimball, Koplik, kurz die bedeutendsten Namen der amerikanischen Pädiatrie, finden wir unter den absoluten Anhängern der „modified milk", welche übrigens aus den Laboratorien nur auf ärztliches Rezept abgegeben wird. Wie Holt hervorhebt, kommt es dabei selbstverständlich auf die Kenntnisse des ordinierenden Arztes an: wer nicht lesen kann, liest es auch durch die beste Brille nicht, und wenn nicht das indizierte Medikament verordnet wird, hilft dem Patienten die beste Apotheke nichts. Auffallend ist jedenfalls, wie einmütig gut das Urteil in den Laboratorien über die Erfolge dieser Ernährungsmethode ist; es wäre interessant zu erfahren, ein wie großer Anteil an den guten Ernährungserfolgen der sorgfältigen Pflege beizumessen ist.

Wie übrigens der Arzt im einzelnen Falle mit seinen Verordnungen vorwärts geht, zeigt uns eine Krankengeschichte von Churchill[1].

Date.	Age.	Feeding.	Result.	Weight.
				lbs. oz.
Oct. 2.	6 wks.	[2] F. 2·50%, S. 5·50%, P. 0·50% . . .	Hungry, dejecta green curds, wind.	5—6
Oct. 5.	. . .	F. 3·00%, S. 5·50%, P. 0·50%, 3 oz. . . .	Same .	5—4
Oct. 7.	. . .	F. 3·00%, S. 4·50%, P. 0·50%, 3 oz. . . .	Dejecta yellow, wind.	
Oct. 10.	7 wks.	F. 3·00%, S. 4·50%, P. 0·50%, 3 oz. . . .	Better, less wind.	5—5
Oct. 13.	.	F. 3·00%, S. 3·50%, P. 0·50%, 3 oz. . . .	Better, but more wind.	

[1] Journal of Amer. med. Assoc. 27. Mai 1905.

[2] F. = fat; P. = proteid; S. = sugar; C. = caseinogen; L. = lactalbumin.

Date.	Age.	Feeding.	Result.	Weight.
				lbs. oz.
Oct. 14.		F. 3·0 %, S. 2·5 %, P. 0·5 %, 3 oz.	Hungry, less wind curds.	5—5
Oct. 17.	8 wks.	F. 3·0 %, S. 2·5 %, P. 0·75 %, 3 oz.	Occasional vomiting, little gas.	5—6
Oct. 19.		F. 2·5 %, S. 2·5 %, P. 0·75 %, 3 oz.	Much better, hungry.	
Oct. 23.	9 wks.	F. 2·5 %, S. 2·5 %, P. 0·75 %, 4 oz.	Colic — green stools.	5—4
Oct. 27.		F. 2·5 %, S. 2·5 %, P. 0·75 %, 4 oz. (Barley water, 1 dram.)	Colic — green stools.	5—4
Oct. 29.	10 wks.	F. [illegible] %, S. 4·0 %, L. 0·8 % (Whey, 2 oz. Lime water, ½ oz.)	Better.	
Nov. 1.		F. 0·8 %, S. 4·5 %, Total prot. 1·02 % {L. 0·88 C. 0·14} (Whey 17 oz., Cream 1 oz.)	Doing well.	5—15
Nov. 5.	12 wks.		Dejecta normal.	5—10½
Nov. 13.		F. 1·7 %, S. 4·6 %, Total prot. 1·27 % {L. 0·97 C. 0·3} (Whey 17 oz., Cream 2 oz.)	Hungry.	
Nov. 16.	13 wks.		Hungry, dejecta normal.	6—0
Nov. 23.	14 wks.	F. 2·8 %, S. 4·7 %, Total prot. 1·25 % {L. 0·83 C. 0·32} (Whey 17 oz., Cream 3 oz.)		
Nov. 29.			Little vomiting, but generally better.	6—6
Dec. 2.	15 wks.	F. 1·7 %, S. 4·6 %, Total prot. 1·27 % {L. 0·97 C. 0·3} (Whey 17 oz., Cream 2 oz.)	Doing well.	6—7½
Dec. 7.	16 wks.			6—9½
Dec. 10.			Some curds.	6—12
Dec. 16.	17 wks.	F. 2·6 %, S. 5·5 %, Total prot. 1·00 % {L. 0·83 C. 0·17} (Whey 25½ oz., Cream 4½ oz. Milksugar, 2 teaspoonfuls.)	Dejecta numerous, but normal.	6—13
Dec. 28.	19 wks.	F. 2·8 %, S. 5·5 %, Total prot. 1·3 % {L. 0·8 C. 0·5} (Whey 26 oz., Cream 5½ oz. Milksugar, 2 teaspoonfuls.)		7—9½
Jan.				7—14½
Jan. 7.		Whey gradually dropped, milk substituted.	Did well.	8—0
June 10.	10 mo.	F. 4·0 %, S. 7·0 %, P. 3·2 %		12—0
Oct. 1.	13 mo.	Whole milk		15—0

Im Anhang habe ich eine Tabelle aus dem Holtschen Lehrbuch aufgenommen, aus welcher die Formeln für die Ernährung des gesunden Kindes im ersten Lebensjahre hervorgehen, und zwar gelten

die Weakformulas für das gesunde Kind im 1. Monat
die Mediumformulas „ „ „ „ „ 2. bis 5. „
die Strongformulas „ „ „ „ „ 5. „ 12. „

In ähnlicher Weise stellte eine von den Laboratorien selbst angegebene Tabelle die Durchschnittszahlen für das gesunde Kind auf:

Theoretical Basis for Feeding a Healthy Infant.

Age	Fat	Sugar	Proteids	Proteids if split		Amt. at each feeding in		Intervals between feedings in hrs.	Number of feedings in 24 hrs.
				Whey Proteids	Caseinogen	oz.	c. c.		
Premature	1·00	4·00	0·25	0·25	0·25	½–¾	3·75–	1–1½	24–18
	1·50	4·50	0·25	0·50	0·25	—	22·50	—	—
At term	2·00	5·00	0·50	0·50	0·25	1	30	2	10
End of 2nd. wk.	2·50	5·50	0·50	0·50	0·25	1½	45	2	10
„ „ 3rd. wk.	3·00	6·00	0·75	0·75	0·25	2	60	2	9
„ „ 4th. wk.	3·50	6·50	1·00	0·75	0·50	2½	75	2	8
„ „ 6th. wk.	4·00	7·00	1·00	0·50	0·60	3	90	2½	8
„ „ 8th. wk.	4·00	7·00	1·25	0·50	0·75	3½	105	2½	7
„ „ 12th. wk.	4·00	7·00	1·50	0·50	1·00	4	120	2½	7
„ „ 4 mo.	4·00	7·00	1·50	0·75	1·15	4½	135	2½	6
„ „ 5 mo.	4·00	7·00	1·75	—	—	5½	165	3	6
„ „ 6 mo.	4·00	7·00	2·00	—	—	6	180	3	6
„ „ 8 mo.	4·00	7·00	2·50	—	—	7	210	3	6
„ „ 9 mo.	4·00	7·00	3·00	—	—	8	240	3	6
„ „ 10 mo.	4·00	6·00	3·00	—	—	8	240	3	6
„ „ 11 mo.	4·00	5·00	3·00	—	—	10	300	3	5
„ „ 12 mo.	4·00	4·75	3·50	—	—	10	300	3	5

Diese amerikanische Methode, welche im weitesten Maße die Zusammensetzung der Nahrung dem Alter und dem Gesundheitszustande des Kindes individuell anzupassen versucht, ist aber nicht ausschließlich auf die Milk-Laboratories angewiesen, sondern sie ist auch so ausgearbeitet worden, daß sie in der Familie angewandt werden kann. Zur Herstellung der bestimmten Mischungen ist eine große Reihe von Formeln angegeben worden, die obendrein bei den verschiedenen Autoren nicht übereinstimmt. Das Ausgangsmaterial für die Modifizierung ist eine möglichst tadellose Flaschenmilch, und das Mittel zur Gewinnung der verschiedenen Mischungen die Kombination von fettarmer und fettreicher Milch. Als Grundlage diente die Erfahrung, daß gesetzmäßig in einer Milch von 4% Fettgehalt, welche 4 Stunden lang ruhig gestanden hat, das obere Drittel 10% Fett und die obere Hälfte 7% Fett enthält. Damit hat man also drei Mischungen: das obere Drittel, das 10% Fett, 4·2% Zucker, 3·2% Eiweiß, die obere Hälfte welche 7% Fett, 4·4% Zucker, 3·3% Eiweiß, und die Vollmilch, welche 4% Fett, 4·5% Zucker und 3·5% Eiweiß enthält. Die drei Mischungen werden nun in verschiedenen Kombinationen und in verschiedenster Verdünnung und mit Zusatz von Milchzucker und eventuell Kalkwasser verwendet. Aber damit nicht

genug; es werden außerdem als Zusätze peptonisierte Milch, Molke, Buttermilch und die verschiedensten künstlichen Zusätze verwandt.

Es würde vielleicht zu weit führen, wenn ich die verschiedenen Formeln, nach denen außerhalb der Laboratorien in der Familie gearbeitet wird, hier anführen wollte. Ich verweise auf die Lehrbücher und die kurzen Notizen in meinem Anhang. Jedenfalls geht das eine aus meinen Ausführungen hervor, daß die Amerikaner in der Individualisierung der Säuglingsnahrung noch erheblich weiter gehen als wir. Unser heutiges Wissen vom Nahrungsgehalt und Stoffwechsel gibt uns jedoch kaum ein Recht, so präzise Zahlen für die Modifikation anzugeben, wie es die Amerikaner tun.

Nach dieser Unterbrechung komme ich wieder zu meinem Thema zurück und schließe meine Ausführungen über die Differenzen im Unterrichte mit einem Hinweis auf die außerordentlich verschiedenen Anschauungen über Ernährung jenseits des ersten Lebensjahres.

Nicht ohne Grund habe ich im Anhang gerade über diesen Punkt die Angaben aus den verschiedensten Lehrbüchern zusammengestellt. Die Arbeit Heubners in der Festschrift für Jacobi aus dem Jahre 1900 dürfte wohl eine der ersten, wenn nicht überhaupt die erste über diesen Gegenstand in der amerikanischen Literatur sein. Heute können wir aus den verschiedenen Lehrbüchern Diätvorschriften mit Menüs für die verschiedenen Altersklassen entnehmen und ersehen aus dem Vergleich der verschiedenen Lehrbücher, daß auch auf diesem Gebiete der Ernährung jenseits des ersten Lebensjahres außerordentlich große Differenzen zwischen den verschiedenen Ländern bestehen. Ich will an dieser Stelle nur kurz darauf hinweisen, daß wohl in keinem Lande dem Kinde so frühzeitig gemischte Kost gegeben wird als bei uns in Deutschland; wir gehen im großen und ganzen darauf aus, recht bald dem Kinde Gemüse, Zerealien, Obst usw. zu geben und die Kuhmilch in ihrer überwiegenden Bedeutung für die tägliche Nahrung möglichst zurücktreten zu lassen. In Frankreich wie in England und Amerika ist für das ganze zweite Lebensjahr Kuhmilch immer noch der wesentliche Hauptbestandteil der Nahrung des Kindes, vorsichtig gibt man Reis, Grieß, andere stärkehaltige Nahrungsmittel zu, und auffallend spät, erst am Ende des zweiten Lebensjahres, läßt man in Amerika Gemüse geben, während Eier in der Diät eine große Rolle spielen.

Unterricht der Hebammen.

Wenn der Unterricht in Säuglingsernährung an den medizinischen Fakultäten in den verschiedenen Ländern so große Unterschiede aufweist, ist es nicht zu verwundern, daß ebenso große Differenzen im Hebammenunterricht bestehen, soweit sich dieser mit Säuglingsernährung beschäftigt. Den Lehrbüchern für Ärzte und Studenten stellen sich in dieser Hinsicht die Hebammenlehrbücher, von denen ich eine Reihe mehr oder minder offiziell anerkannter[1]) studiert habe, an die Seite. Ohne auf

[1]) Hebammenlehrbuch. Herausgegeben im Auftrage des Königl. Preuß. Ministers der geistl., Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten, Berlin 1905.

Prof. G. Leopold und Prof. P. Zweifel, Lehrbuch für Hebammen. Im Auftrage des Königl. Sächs. Ministeriums des Innern. 8. Aufl., Leipzig 1909.

Einzelheiten, die doch nur Wiederholungen bedeuten würden, eingehen zu wollen, möchte ich auf einen Hauptpunkt hinweisen, der wohl am stärksten bei dem sächsischen Hebammenlehrbuche auffällt. Es wird zwar in einigen Zeilen auf die Notwendigkeit des Selbststillens hingewiesen, aber es wird nichts über die Technik des Stillens, über die Schwierigkeiten, welche oft in den ersten Lebenstagen sich einstellen, gesagt; dagegen wird die Ammenwahl und dann die künstliche Ernährung, namentlich der Soxhlet-Apparat, ausführlich beschrieben. So werden die Hebammen, auf deren Mithilfe wir doch angewiesen sind, weder zur Stillpropaganda noch zur Beratung der Mutter in dieser wichtigen Frage erzogen.

Neben den Hebammen üben heutzutage die ausgebildeten Pflegerinnen und Helferinnen bezüglich der Säuglingspflege einen belehrenden Einfluß auf die Mutter. Darum würde ich es für notwendig halten, daß eine Übereinstimmung in der Belehrung hergestellt würde. Bei uns in Preußen existiert jetzt ein Krankenpflegelehrbuch, von der Medizinalabteilung des Kultusministeriums herausgegeben[1]), das eine sehr große Verbreitung gefunden hat. Auch in der zweiten Auflage vom Jahre 1910 werden in diesem bei künstlicher Ernährung für die ersten 2 Wochen 8 und dann bis zum Ende des vierten Monats 7 Mahlzeiten empfohlen. Es ist leicht vorstellbar, daß die drei offiziellen Berater der Mutter: Arzt, Hebamme, Fürsorgeschwester bei der einfachen Frage, wieviel Flaschen das Kind in 24 Stunden erhalten soll, jeder eine andere Antwort gibt und dabei nach seiner amtlichen Belehrung handelt. Daß da eine Änderung not tut, unterliegt wohl keiner Frage, und sie ist um so mehr notwendig, da zu der wissenschaftlichen Belehrung sich noch die populäre gesellt.

Populäre Belehrung.

Neben der weitausschauenden Beseitigung der sozialen Ursachen der hohen Säuglingssterblichkeit, neben den Aufgaben, welche die Reichsversicherungsordnung, die Verbesserung der Wohnungsverhältnisse, der Schutz der unehelichen und der Haltekinder an die Fürsorge für Mutter und Kind stellt, ist fraglos die Verbreitung vernünftiger Anschauungen über Säuglingsernährung, die Bekämpfung der auf diesem Gebiete herrschenden Unsitten, insbesondere aber die Propaganda für das Selbststillen eine der wichtigsten Aufgaben der offenen Fürsorge. Dieser Aufgabe

---

Prof. Dr. L. Piskaček, Lehrbuch für Schülerinnen des Hebammenkurses und Nachschlagebuch für Hebammen, Wien 1907.

Dr. C. Fournier, Manuel complet des Sages-Femmes, Paris 1896.

Prof. A. Cuzzi, Manuale di ostetricia ad uso delle Levatrici, Mailand 1908.

C. M. Groth und F. Lindblom, Lärobok för barnmorskor, 3. Aufl., Stockholm 1908 und 1910.

Prof. Dr. E. Schoneberg, Laerebog for jordemødre, Kristiania 1897.

A. Stadfeldt's Laerebog i Jordemoderkunsten, 2. Aufl., Kopenhagen 1905.

[1]) Berlin, Verlag von August Hirschwald.

dient die mündliche oder schriftliche Belehrung. Über die Erfolge individueller mündlicher Belehrung durch Arzt und Helferinnen in der Beratungsstunde und beim Hausbesuche kann heutzutage ein Zweifel wohl kaum mehr bestehen. Die Fürsorgestellen haben sich als Mittel zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit aufs beste bewährt. Neben dieser individuellen spielt eine allgemeine mündliche Belehrung durch Vorträge eine Rolle. Die Vorträge, wie sie zumeist von Vereinen veranstaltet werden, werden in der Regel von den Damen des Vereines, von Hebammen und Schwestern, in kleineren Städten von den Damen der Honoratioren besucht, aber selten nur sehen wir unter den Hörern in größerer Zahl die Frauen des Volkes, an die wir uns mit unserer Belehrung in erster Linie wenden wollen. Der Erfolg des Vortrages hängt selbstverständlich wesentlich von dem Vortragenden ab. So selten wir in den Fürsorgestellen einen Arzt finden, der für die Belehrung neben ausreichendem Wissen auch die richtige Art hat, es den Müttern beizubringen, so selten sind meiner Erfahrung nach die Redner, welche ihren Stoff und ihre Darstellung für den populären Belehrungsvortrag richtig auszuwählen verstehen, und auch im besten Falle dürfen wir den Erfolg solcher Vorträge nicht überschätzen.

Ist aber der Erfolg schon beim gesprochenen Worte, sobald es sich nicht an den einzelnen, sondern gleichzeitig an viele wendet, zweifelhaft, so erst recht, wenn es sich um Geschriebenes oder Gedrucktes handelt: um populäre Zeitschriften, populäre Bücher und Merkblätter. Über die populären Zeitschriften nur einige wenige Worte. Von ihnen gilt dasselbe wie von den populären Vorträgen. Es scheint sehr wenige Menschen zu geben, die mit wirklicher großer Erfahrung die Fähigkeit verbinden, diese Erfahrung anderen, und zwar in populärer Form, mitzuteilen und verständlich zu machen. Die Artikel über Säuglingsernährung in unseren populären Zeitschriften rühren zumeist nicht von anerkannten Fachleuten her, und wenn sie von diesen herrühren, so sind sie zuweilen nicht besonders geschickt geschrieben. Das, was man aber von den populären Zeitschriften unter allen Umständen erwarten muß, ist das eine, daß sie einer vernünftigen Belehrung der Bevölkerung zum mindesten nicht hinderlich sind, d. h. sie dürfen nicht veraltete Anschauungen, die die moderne Fürsorge bekämpft, propagieren, und sie dürfen ihre Spalten nicht der Reklame für irgend welche Nahrungsmittel öffnen, die wir unter allen Umständen bekämpfen müssen. Die populäre Belehrung und die Bekämpfung falscher Anschauungen wird heute schon genugsam durch eine bestimmte Kategorie von Reklameschriften der Nährmittelfabriken erschwert. Die populären Zeitschriften, welche der Fürsorge dienen sollen, haben in erster Linie die Pflicht, aufklärend zu wirken. Wie sehr ein einheitliches Vorgehen gerade auf dem Gebiete populärer Belehrung notwendig ist, das wird aus der folgenden Darstellung zur Genüge hervorgehen.

Bevor ich jedoch auf die populären Bücher und Merkblätter eingehe, seien mir noch einige Worte über Reklameschriften gestattet. Ein-

mal möchte ich die Gelegenheit benutzen, um eine Arbeit, welche in der ärztlichen Zentralzeitung, Wien, Heft 4, Jahrgang 1909, erschienen ist, niedriger zu hängen. Der mir vorliegende Sonderabdruck trägt am Kopfe in großen Lettern die Angabe „Aus der niederösterreichischen Landesfindelanstalt“ (Filiale Gersthof) Wien; sie führt den Titel „Zur Ernährung des kranken Säuglings“, hat zum Verfasser Dr. Josef Peer, Assistent der oben genannten Anstalt und ist nichts weiter als eine Reklame für Kufeke-Mehl. Als Beweis dafür führe ich aus den 4 Seiten nur 2 Sätze an: „Das Kufeke-Mehl hat sich als souveränes Mittel bei den Darmerkrankungen und Sommerdiarrhöen behauptet.“ „Alle unsere hygienischen Bestrebungen, die darauf hinarbeiten, die Kindersterblichkeit zu hindern, finden in dem Kufeke-Mehl ein hochwertiges Unterstützungsmittel.“ Und dann möchte ich auf eine bestimmte Kategorie von Reklameschriften hinweisen, deren Prototyp die kleine Schrift „Der Säugling“, herausgegeben von Johann A. Wülfing, Fabrik chemisch reiner Milchpräparate, ist. Während früher derartige Reklameschriften ihr Präparat ohne weiteres direkt als Ersatz der Muttermilch angepriesen haben, verstehen sie es heutzutage recht gut, die Empfehlung ihres Präparates in eine gleißnerische Form zu kleiden, welche gleichzeitig noch als Propaganda für das Stillen zu wirken scheint. Die kleine Broschüre „Der Säugling“ spricht in der Einleitung von der hohen Säuglingssterblichkeit, sagt dann: „Muttermilch heißt der Zaubersaft, der ein kostbares Heil- und Schutzmittel für den heranwachsenden Menschen bildet“, dann heißt es weiter: „Leider gibt es immerhin noch viele Fälle, in denen die Mutter selbst nicht stillen darf“, „so müssen wir uns heute noch bei der Mehrzahl der Kinder mit der künstlichen Ernährung abfinden“ und damit ist der Verfasser bei dem Albulaktin angelangt, mit dessen Entdeckung das „Problem der künstlichen Ernährung gelöst ist“. Jede Mutter sei nunmehr in die glückliche Lage versetzt, der Milchmischung soviel Albulaktin hinzuzufügen, „daß die Milch die Qualität einer Frauenmilch erhält“. Derartige Reklameschriften müssen das Publikum unbedingt irreführen; wir dürfen sie nicht unbeachtet lassen, denn sie werden den jungen Müttern ins Haus geschickt und manchmal von ihnen aufmerksamer gelesen als das Merkblatt, welches sie vom Standesamte oder von der Fürsorge erhalten.

Die populären Schriften und Merkblätter spielen in der Belehrung der Mütter eine nicht unwesentliche Rolle, und darum ist im Interesse der wirksamen Fürsorge unbedingt notwendig, daß diejenigen, welche sich als Lehrer berufen fühlen, oder welche durch den Ausweis, den ihren Schriften und Blättern die Regierung oder eine andere Behörde ausstellt, als berufen anerkannt werden, sich zum mindesten in den wichtigsten Hauptpunkten der Belehrung, nicht widersprechen. Damit sieht es jedoch bei uns böse aus. Fast als ob ein Überbleibsel alter Kleinstaaterei und deutscher Oppositionslust auf diesem Gebiete nicht aussterben wollte! Man könnte den Grund darin suchen, daß die Kinderheilkunde noch eine junge Wissenschaft ist, in der es noch an allen Stellen gärt, deren Ergebnisse gerade darum, weil an den verschiedensten Forschungspfaden so fleißig gearbeitet

wird, schwer zu einer Abklärung und zu einem Abschlusse kommen. Aber mag die Wissenschaft ihren Weg gehen und immer neue Wege suchen: in je tiefere, breitere Schichten der Bevölkerung unsere Belehrung geht, um so einheitlicher muß sie organisiert, um so vorsichtiger müssen Widersprüche vermieden werden. Denn sie dienen nur dazu, die Köpfe der Mütter zu verwirren und den Erfolg der Belehrung zu beeinträchtigen. Es ist gewiß schon für die Ärztewelt nicht gut, wenn immer wieder neue Lehren auftauchen; es ist noch weniger gut für die Studierenden, denen von verschiedenen Lehrern, an verschiedenen Universitäten manchmal recht differente Lehren vorgetragen werden. Aber die Kritik des Hörers und noch mehr die Beobachtung in der Praxis befähigt viele von ihnen, Spreu vom Weizen, Hypothesen von praktisch Wichtigem zu trennen. Schlimmer schon wirkt der Mangel an allgemein anerkannten Grundsätzen in der Säuglingsernährung auf der nächsten Stufe, im Unterricht der Hebammen. Ich habe es selbst bei Gelegenheit eines Vortrages im Charlottenburger Hebammenverein erfahren. An meinen Vortrag, bei dem ich mich selbstverständlich von jeder extremen Richtung fernhielt, schloß sich eine Diskussion an, u. a. über die Zahl der Mahlzeiten. Mit Recht wies die Vorsitzende darauf hin, daß ich fünf Mahlzeiten pro Tag empfehle, daß sie selbst unterrichtet wären, zunächst sieben, später sechs Mahlzeiten zu geben, daß von manchen Ärzten sieben, von anderen sechs oder fünf verordnet würden, und daß sogar die Ärzte in den städtischen Fürsorgestellen nicht gleicher Meinung wären. Wenn man von den Hebammen Einheitlichkeit der Anschauungen und besonders Einheitlichkeit im praktischen Vorgehen verlangte, dann sollten doch erst die Ärzte sich über diese Grundfragen einigen. Darin konnte ich der Vorsitzenden nur zustimmen. Denn im Interesse unserer Fürsorge ist eine Einheitlichkeit der Belehrung unbedingt notwendig. In der Praxis der Fürsorge begegnen sich Ärzte, Hebammen, Fürsorgeschwestern, Helferinnen, dazu kommen die Ratschläge populärer Schriften und Merkblätter und schließlich noch der Einfluß kluger Frauen, getreuer Nachbarn und dergleichen. Wenn wir die unverantwortlichen und unverständigen Ratgeber ausschließen wollen, dann muß die offizielle Belehrung einheitlich sein. Wie steht es aber damit in Wirklichkeit? Ich will es an der Literatur der populären Schriften und Merkblätter nachweisen.

Populäre Schriften.

Die Produktion populärer Schriften über Pflege und Ernährung des Säuglings ist überraschend groß und scheint es immer gewesen zu sein. F. A. von Ammon schrieb 1827 in der ersten Auflage[1] seiner bekannten Schrift „Die ersten Mutterpflichten": „Warum nun die große, übergroße Anzahl der Schriften über diesen Gegenstand mit einer neuen vermehren." Und 1853 beginnt L. Besser sein Heft[2] „Die Benutzung der ersten

[1] Dresden, P. G. Hilschersche Buchhandlung.

[2] Göttingen, Georg Heinrich Wigand.

Lebenstage des Säuglings zu dessen Eingewöhnung in eine naturgemäße Lebensordnung" mit dem Satz: „Viele derer, die den Titel dieses Büchleins lesen, werden denken: ‚immer noch eine zu den unzähligen Schriften über Kindererziehung' und werden es dann beiseite legen". Übrigens haben mich diese beiden genannten Schriften besonders beschäftigt. Das Ammonsche Buch, auf das ich später noch einmal zurückkomme, gibt in seinen Auflagen, die sich über 50 Jahre hinziehen, eine Übersicht über die Entwicklung der Fragen, und die Bessersche Schrift, welche außerordentlich wirkungsvoll geschrieben ist, zeigt uns, daß die Warnung vor Überernährung bereits im Jahre 1855 deutlich ausgesprochen wurde; der Autor empfiehlt dringend, dem Säugling nicht öfter als 4mal am Tage Nahrung zu geben.

Jedenfalls sind diese beiden alten Schriften besser als die meisten unserer modernen populären Bücher über denselben Gegenstand. Denn es ist unglaublich, wer sich alles als Lehrer zur Beratung von Müttern berufen fühlt und welcherlei Ansichten wir manchmal in diesen Büchern vertreten finden. Manche scheinen ihre Aufgabe darin zu sehen, „die Ammenmärchen" nicht aussterben zu lassen; nur schade, daß sie sie als Wirklichkeit auftischen.

Es sind etwa 30 Schriften über den genannten Gegenstand, welche vor mir liegen, und ich möchte wohl den Versuch machen, sie zu Gruppen zusammenzufassen. Es kann sich bei einer derartigen Zusammenstellung kaum darum handeln, auf jedes einzelne Buch einzugehen, wie wir es bei der Kritik einer ernsthaften Arbeit tun, bei der der Kritiker auch seine Meinung sagt und den Autor auf das eine oder das andere aufmerksam macht. Das kann nur in Frage kommen, wenn es sich um ein sonst gut geschriebenes Buch handelt, in welchem einzelne Irrtümer oder Mängel vorhanden sind, die bei einer neuen Auflage leicht zu beseitigen sind.

Bei den Belehrungsschriften können wir 3 Kategorien unterscheiden: erstens solche, welche Schaden anrichten und von einer fürsorglichen Zensur verboten werden müßten, zweitens solche, die weder schaden noch nützen, und drittens solche, die zu empfehlen sind. In manchen der Hefte braucht man nur ein paar Seiten zu lesen, und das Urteil steht fest: Gruppe 1. Bei der 2. und 3. Gruppe haben wir nicht nur den sachlichen Inhalt, an dem, wenn das Buch sonst gut geschrieben ist, Korrekturen möglich sind, zu berücksichtigen, sondern auch die Auswahl des Materials und die Art der Darstellung. Dabei kommt noch in Betracht, an welchen Leserkreis, ob allgemein an die Mütter, ob an Mütter und Pflegerinnen oder an letztere allein, die Belehrung sich wendet. Bevor ich zu einer allgemeinen Kritik und Gruppierung übergehe, muß ich die Schriften im einzelnen besprechen, um so mein Urteil zu begründen.

Josef Pollak hat ein Lesebuch für Eltern auf Grund 35jähriger ärztlicher Praxis geschrieben, dessen 2. Auflage 1909 erschienen ist. Der erste Abschnitt beginnt: „Ist das Kind geboren, so besorgt die Hebamme die erste Toilette desselben, d. h. sie badet es ihrer Instruktion gemäß und gibt ihm ein einfaches warmes Wasserklystier, um das sogenannte

Kindspech zu entfernen." Aus den nächsten Seiten zitiere ich folgenden Passus: „Eigentlich sollte bei dem ersten Kinde immer der Arzt entscheiden, ob eine Frau stillen kann und soll oder nicht. Denn ein mißlungener Versuch ist immer von Nachteil für die Mutter und das Kind. Die erstere wird aufgeregt, fiebert, schwitzt nachts usw., das Kind ist sehr unruhig, schreit sich aus Hunger, weil es ja zu wenig Nahrung bekommt, kriegt häufig grünen Stuhl mit vorhergehenden Schmerzen, kommt ganz herab und magert sehr rasch ab. Gegen den 5. Tag hin werden diese Zustände für Mutter und Kind unerträglich. Es kommt endlich der Arzt, der künstliche Ernährung anrät. Nach einer Flasche entsprechend gerichteter Milch und einem letzten Verzweiflungsausbruch der Mutter kommt alles in Ordnung. Nie soll eine Frau gegen den Rat eines Arztes ihr Kind zu stillen versuchen, sie hat dann noch neben dem Vorhergesagten die bittersten Selbstvorwürfe, daß sie ihr Kind in Gefahr gebracht hat." Ich möchte noch eine weitere Stelle anführen: „Bricht das Kind die Muttermilch käsig (topfig) und hat es auch solche Stühle, so ist dies auch noch nicht bedenklich, solange das Kind trotzdem gedeiht und wenigstens 2 Deka per Tag zunimmt. In solchen Fällen ist die Milch für das Kind zu schwer, zu fett oder zu käsestoffhaltig; mit der Zeit wird das Kind ja älter, gewöhnt sich mehr an diese kräftigere Milch, d. h. es verträgt sie besser. Geschieht dies aber nicht, so wird es unbedingt notwendig das Kind abzusetzen, weil es sonst sicher einen Magendarmkatarrh bekommt, also eine nicht gleichgültige Krankheit." Ich denke, ich kann mich mit diesen Zitaten begnügen und brauche nur noch zu erwähnen, daß Pollak als „ein sehr gutes, bewährtes, die Milch sowohl quantitativ wie qualitativ günstig beeinflussendes, dabei unschädliches Mittel" Laktagol empfiehlt, daß seiner Ansicht nach sich am besten die Sauger mit einem Gummischlauch und feinem Glasrohr, eine sogenannte „Sauggarnitur" eignen, um Trinken und Schlucken von dem Kinde selbst regulieren zu lassen. Ich erwähne noch, daß der Verfasser den Mund des Kindes nach jedem Trinken auswaschen läßt, und schließe mit seinem Satze: „Erbrechen kommt bei Kindern häufig vor und ist meist ohne alle Bedeutung, kann aber auch eine verhängnisvolle Erscheinung sein."

Friederike Volzer, die einen Leitfaden für junge Mütter und Pflegerinnen geschrieben hat, ist Kranken- und Kinderpflegerin (ausgebildete Diakonissin). Der Leitfaden, jetzt in 2. Auflage erschienen, ist von 2 Ärzten mit einem Geleitwort versehen. Die Verfasserin ist eine Kinderpflegerin von der Art, wie ich ihr nicht gern in der Familie begegnen würde, eigenmächtig, voll von Vorurteilen und falschen Begriffen und stolz auf ihre praktische Erfahrung, während sie den Ärzten nicht viel zuzutrauen scheint. Der eine Satz: „Und wer wie ich 20 Jahre lang der Kranken- und Kinderpflege sich gewidmet hat" erinnert mich an manche Kinderfrau oder manche Großmutter, welche mit geringschätzendem Lächeln dem Arzt in der Fürsorge oder Poliklinik ihre große Erfahrung und die 12 eigenen Kinder, die sie großgezogen haben will, vorhält. Dabei sind in der kleinen Schrift eine Reihe guter Beobachtungen

enthalten, nur ist die Verfasserin nicht gelehrt worden und hat in den ganzen 20 Jahren ihrer praktischen Tätigkeit auch nicht selber gelernt, ihre Beobachtungen richtig zu deuten. Und so gehen diese Beobachtungen unter in einem Gemisch von Aberglauben, überlieferten Ammenmärchen und eigenen falschen Anschauungen: Für Leibschmerz wird Streichen des Magens, aber von links nach rechts, empfohlen; selbstverständlich soll man das Kind nach dem Trinken aufstoßen lassen. Dabei soll man dem Kinde, falls es die ganze Nahrung erbricht, ohne daß Durchfall dabei ist, eine zweite Portion geben und soll nur nicht gleich die Milch weggiessen, wenn es sich um eine leichte Darmstörung ohne Erbrechen handelt. Ferner finden sich merkwürdige Anschauungen über die Pflege: Das Kind soll nicht zu oft trocken gelegt werden, weil es dadurch anspruchsvoll und unruhig wird, dagegen soll es in Wollflanell wohl verpackt und von der Luft abgeschlossen und auch bei der größten Hitze nicht zu leicht gekleidet werden. Zur Erklärung ihrer Pflege und Ernährung des Säuglings hat sich Friederike Volzer „wissenschaftliche Anschauungen" gebildet, die wohl ebensowenig wie ihre Selbstzufriedenheit durch eine Kritik erschüttert werden würden.

Viele, längst widerlegte falsche Anschauungen finden wir auch noch in dem Buch von Dr. Eschle (Medizinalrat und Direktor der Pflegeanstalt des Kreises Heidelberg zu Sinsheim a. E.), welches 1909 in fünfter, vollständig umgearbeiteter Auflage erschienen ist. Er hält noch an der abführenden Wirkung des Kolostrums fest und ebenso an den Diätvorschriften für die Stillende, welche ihr geräuchertes Fleisch, harte Wurst, Gänseleber, alle auch mit Pilzen, Knoblauch, viel Zwiebel, viel Essig zubereiteten Speisen, Sauerkraut, Senf und Mostrich verbieten. Schlimmer ist es, daß er erst in der zweiten Woche nach der Entbindung Gemüse und Obst erlaubt, und noch schlimmer, daß er dem neugeborenen Kinde, falls die Mutter fürs erste keine Nahrung haben sollte, verdünnte Kuhmilch geben läßt, bei eintretender Menstruation eine Entwöhnung resp. einen Wechsel der Ernährung erwägt und bei Entzündung der Brustdrüsen unter allen Umständen absetzen läßt. Zuletzt noch ein Zitat: „Dem Neugeborenen geht oft ein Teil der verschluckten Milch aus dem Magen in den Schlund zurück. Da dieser Vorgang die noch unkundige Mutter in Besorgnis setzen könnte, sei erwähnt, daß derselbe nur eine Folge der Überfüllung des anfangs verhältnismäßig kleinen, noch röhrenförmig gebildeten und senkrecht gestellten Magens durch die etwas rasch zuströmende Milch ist. Gerade durch reichliche Ausfüllung bei dem gierigen Schlucken erreicht der Magen seine ihm zukommende Gestalt in wenigen Wochen."

Ungefähr dieselben Anschauungen finden wir bei Dr. M. Saubert (Arzt in Bodenbach). Auch er ist dafür, falls das Kind am ersten Tage keine Milch in der Mutterbrust vorfindet, ihm zunächst künstliche Nahrung zu geben, „nicht aber ihm den Bauch mit Zuckerwasser oder Fencheltee zu füllen", er rät zu künstlicher Ernährung, wenn die Brustwarzen zu klein sind, wenn die Milch mangelhaft zusammengesetzt ist oder in geringer Menge abgesondert wird, und verbietet für die Stillende überhaupt

grüne Gemüse, besonders Kohl. — Besonders scharf aber wird er bei der Beurteilung pflanzlicher Nahrungsmittel: „Ein Kind vegetarisch aufziehen zu wollen, ist ein Unsinn, der sich an den fanatischen Müttern fast immer durch frühen Tod oder stetiges Siechtum der kleinen Weltbürger rächen muß."

Den eben genannten Büchern schließt sich die Schrift von Dr. Friedrich **Müller** an, welche noch dazu sehr viel Überflüssiges enthält, z. B. über die Zusammensetzung der verschiedenen Milcharten. Am überflüssigsten und direkt schädlich ist aber der Anhang über die Diät der stillenden Mutter von Dr. med. L. **Partridge** in New York. Was Herrn **Müller** bewogen hat, diesen amerikanischen Kollegen zur Mitarbeit heranzuziehen, dürfte kaum jemand verstehen, wenn ich aus dessen Ausführungen einige Sätze zitiere. „Die Brust besteht aus zahlreichen feinen Röhrchen und Blutgefäßen. Diese Röhrchen sind mit mikroskopisch kleinen, eng zusammenliegenden Blutkörperchen — Epithelzellen genannt — ausgekleidet. Während des Stillens werden diese kleinen Zellen abgestoßen und mit Hinzufügung von Wasser aus dem Blute, welches gewisse alkalische Salze enthält, in Milch umgewandelt." — „Heutzutage gibt es Frauen, welche nur zwei Wochen Nahrung für ihr Kind haben. Diese Frauen sollten nun von ihrem Arzte bald als solche erkannt und darauf aufmerksam gemacht werden, daß alle ihre Versuche, sich die Milcherzeugung zu erhalten, vergeblich sind. Andere Frauen nehmen infolge reichlicher Nahrung an Körpergewicht zu, aber eine Vermehrung der Milchmenge tritt nicht ein. Solche Frauen haben keinen Vorteil für die Ernährung ihrer Kinder durch Befolgung von Diätregeln und werden genötigt sein, das Stillen ganz oder zum größten Teile aufzugeben." „Wenn die Milch nicht hinreichend erscheint, was man aus dem Gesicht und Aussehen des Kindes erkennt, dann soll der Säugling zu den zwei oder drei Nachtmahlzeiten künstlich ernährt werden."

Auf einem nicht viel höheren Niveau steht die Schrift von Dr. Gustav **Custer**, welche sogar schon in 11. Auflage erschienen ist und z. B. in Eisleben und Weißenfels offiziell zur Verteilung kommt. Veraltete Anschauungen, wie Mundreinigen nach jedem Trinken, **tüchtiges** Kochen der einzelnen Milchportionen, Unsauberkeit als Ursache des Soors usw. finden sich da.

Das Nachschlagebuch für Mütter von Dr. F. **Theodor**, welches in 4. Auflage erschienen ist, enthält außerordentlich viel Unnötiges, dessen Kenntnis den Müttern gar nichts nützt, über chemische Zusammensetzung von Frauenmilch und Kuhmilch, über Harnmenge des Kindes, über Erkrankungen und ihre Behandlung usw. Daneben aber auch viel Falsches, z. B. (S. 39): „Wenn auch der Eiweiß- und Fettgehalt der Ziegenmilch ein größerer als der der Kuhmilch ist, daher der Frauenmilch näher kommt, so ist doch die Beschaffenheit des Eiweißes eine so viel härtere und festere als die der Frauenmilch, ja sogar als die der Kuhmilch, daß man sie, für den Säugling längere Zeit hindurch gegeben, als schwer verdaulich bezeichnen muß." Die Empfehlung von Kindermehlen, unter

denen er besonders das Kufeke-Mehl bevorzugt, begründet der Verfasser damit, daß Kinder bis zu 4 Monaten Stärke, also auch unveränderte Mehle nicht verdauen können.

Marie Hölzl bringt in ihrem Geleitbuche für die junge Frau ganz vernünftige Ratschläge für das Verhalten der Frau während der Schwangerschaft und im Wochenbett. Es fehlt ihr aber an Erfahrung, sobald es sich um Säuglingsernährung handelt. Ohne Kritik werden nebeneinander gestellt: Lahmanns vegetabile Milch, Biederts Rahmgemenge, Gärtnersche Fettmilch sowie des ferneren alle möglichen Präparate. Auch das, was die Verfasserin über Erkrankungen bringt, ist keineswegs gut. Die Empfehlung des Malztropons, welche durch eine große Reklame der Troponwerke auf der ersten Seite nach dem Texte unterstützt wird, sollte besser unterlassen werden.

Die kurze Schrift von Dr. Otto Abraham (Frauenarzt in Berlin) ist für Mütter und Pflegerinnen bestimmt. Abgesehen davon, daß der Verfasser in der Ernährung von Säuglingen wohl kaum besondere Erfahrung hat, daß er einem zehnmonatigen Säugling z. B. 1½ Liter Vollmilch geben läßt, eignet sich die Darstellung in ihrer Knappheit vielleicht für Pflegerinnen, ist aber nicht geeignet für Mütter, denn es fehlt ihr jede Überzeugungskraft.

Auch die nächste Schrift, welche ich besprechen möchte, die übrigens wesentlich umfangreicher (317 Seiten) ist, stammt von einem Frauenarzt. Dr. Hans Meyer-Rüegg ist Dozent für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten in Zürich. Das gut ausgestattete Buch, welches instruktive Abbildungen bringt, ist anscheinend für besser situierte Frauen gedacht, denn es setzt in seinen Ratschlägen eine Reihe von Hilfsmitteln voraus, die nur diesen erreichbar sind. Es mag für den Unterricht von Hebammen, allenfalls von Schwestern oder Pflegerinnen geeignet sein, aber nicht für Mütter, denn es bringt viel Unnötiges und hebt das Wichtige nicht genug hervor.

In den beiden Leitfäden für Krankenpflegerinnen von Oberbezirksarzt Dr. Fizia und Chefarzt Dr. Fritz Brunner sind kurze Kapitel auch der Pflege der Wöchnerinnen und des Neugeborenen gewidmet, denen man anmerkt, daß den Verfassern das Interesse für diesen Teil der Krankenpflege fehlt.

Das Buch von Ziegelroth (dirigierender Arzt des Sanatoriums Zehlendorf bei Berlin) enthält außer einigen veralteten und irrtümlichen Anschauungen eine gute Anleitung zur Ernährung und Pflege des Kindes bis zur Schulzeit. Es leidet nur darunter, daß der Verfasser einseitig Lahmannsche Grundsätze vertritt, Lahmannsche Kleidung und vegetabile Milch empfiehlt.

Bei dem Vortrage von Dr. F. Linke, der auf Veranlassung des Wohlfahrtsvereins zu Loewenberg in Schlesien gehalten ist, scheint es sich weniger um eine Belehrung in Säuglingspflege, für die es auch nicht geeignet ist, zu handeln, als um eine Empfehlung der Kinderwäsche und Matratze nach Linkeschem System. — Merkwürdig ist die am Schlusse angehängte Anmerkung:

„Unter den Säuglingen ist die Sterblichkeit der Knaben höher als die der Mädchen. Der Grund dieses Unterschiedes muß in den unterschiedlichen Organen liegen. Hier findet man bei den Knaben sehr häufig eine allzu enge Vorhaut, Phimose genannt, die das Wasserlassen erschwert und daher leicht Residualharn verursacht mit Blasenlähmung und reflektorischer Reizung der Verdauungsorgane sowie des Nervensystems, woraus manchmal sogar Krämpfe resultieren. Diese Phimose bedarf chirurgischer Behandlung."

Nicht leicht wird mir die Kritik an dem folgenden Buche, das sich eines guten Namens erfreut. Aus dem A m m o n schen Buche, dessen 1. Auflage schon im Jahre 1827 erschien und dessen 40. Auflage wie schon viele Vorgänger von Geheimrat Dr. F. v. W i n c k e l bearbeitet ist, hat so manche Mutter sich Rat geholt. Aber man merkt dem Buche auch sein Alter an. Pietätvoll haben sich die späteren Herausgeber gescheut, an der Darstellung, welche dem Buche seinen hohen Wert verlieh, zu viel zu ändern und doch haben sie versucht, in den Neuauflagen die Fortschritte, welche die Wissenschaft gemacht hat, zum Ausdrucke zu bringen. Bei diesem Verfahren ist aber ein einheitliches Ganzes nicht entstanden. — Ich habe das Buch zum ersten Male in seiner 40. Auflage kennen gelernt und habe geglaubt, die alten Teile zu erkennen, in welche die neuen, wissenschaftlich anmutenden, für die zum Teil die modernste Literatur berücksichtigt ist, hineingeflickt sind. Aber von vornherein habe ich den Eindruck gehabt, daß die alten Teile, auch wenn sie nicht mehr dem heutigen Wissen entsprechen, doch die besten sind, und zwar in erster Linie durch den Ton der Darstellung. Heute wirkt die letzte Auflage nicht viel besser, wie etwa ein alter handgetriebener Kupferkessel, den man, um ihn verwendbar zu erhalten, vielfach — weder schön noch gut — geflickt hat, und so hat der Kupferkessel seine alte Schönheit eingebüßt und hat doch an praktischer Verwendbarkeit nicht gewonnen. Daraus, daß in den neuesten Auflagen manches beibehalten ist, was dem heutigen Stand der Wissenschaft nicht mehr entspricht, möchte ich viel weniger einen Vorwurf machen, als daß in die neuen Auflagen vieles Neue ohne Kritik aufgenommen worden ist. Das bezieht sich besonders auf das Kapitel „Über die Ernährung des Kindes ohne Mutter- und Ammenbrust". Da finden wir nebeneinander ohne Unterschied — so daß der Mutter die Auswahl überlassen bleibt — empfohlen: verdünnte Kuhmilch mit Soxhlets Nährzucker, Heubners Methode der Verdünnung, Ernährung mit Vollmilch, Biederts Methode mit Ramogen, Gärtnersche Fettmilch, Backhaus-Milch, die verschiedensten Kindermehle usw. Diese Empfehlungen setzen sich im folgenden Kapitel fort (Kreutzsches Trockenbett, Vasenol-Streupulver, Bioferrin, Tropon) und finden noch eine Ergänzung in dem Reklameteil, der dem Texte angehängt ist. Und schließlich will mir scheinen, als ob die Auswahl des Stoffes gerade bei den späteren Ergänzungen nicht besonders geschickt gewesen wäre, als ob das, was über Milch und deren Zusammensetzung, über Fermente, über Übergang von Arzneimitteln gesagt wird, in ein Belehrungsbuch für junge Frauen und Mütter kaum hineingehört, mindestens nicht in diesem Umfange.

Von den 5 Schriften Prof. Dr. B. Martins, welche im Verlage von Volkshygiene und Medizin, Berlin, erschienen sind, sind die beiden über Verhalten und Pflege der werdenden Mutter und über Pflege und Ernährung der jungen Mutter gut und zweckmäßig. Ich hätte einige Kleinigkeiten auszusetzen, welche sich auf den Säugling beziehen, aber an dieser Stelle habe ich es besonders mit der Schrift „Die Pflege und Ernährung des Neugeborenen" zu tun. In einem früheren Sammelreferat habe ich diese Schrift, welche in Deutschland von Behörden und Vereinen stark verbreitet wird, scharf kritisiert. Es sind auch heute noch viele Anschauungen stehen geblieben, welche nicht ungerügt bleiben dürfen, so z. B. die Empfehlung eventuell für die Tage der Menstruation als Ersatz der Mutterbrust Kuhmilch zu geben und die Brust hoch zu binden, aber in der neuesten Auflage sind manche Fehler vermieden, so z. B. ist die Vorschrift, jedesmal nach dem Trinken den Mund des Kindes auszuwischen, weggefallen. Die Zahl der Mahlzeiten hat Verfasser eingeschränkt und läßt in der Nacht nicht mehr anlegen. Vorsichtiger gefaßt ist der Passus über die Gründe, welche das Stillen ausschließen, und so hat sich die Schrift von Martin wesentlich verbessert, nur wäre es wünschenswert, daß die Tabelle von Ebert durch eine andere ersetzt würde, in der für künstliche Ernährung weniger große Milchmengen vorgeschrieben werden.

Das von einer Mutter für Mütter geschriebene Buch „Was braucht mein Kind?" von B. Mercator erfreut besonders durch den frischen Ton seiner Darstellung und ist erzieherisch sehr gut geschrieben, in der Art etwa, wie eine verständige Mutter einer andern jungen Frau Rat erteilt. Namentlich in allen Fragen der Erziehung sind vernünftige Anschauungen zur Geltung gebracht, so daß man gern einige Irrtümer in den Kauf nimmt und den Wunsch hat, auch diese möchten bei einer neuen Auflage möglichst beseitigt werden. Zu diesen Irrtümern gehört das Auswaschen des Mundes vor und nach dem Trinken, die Verordnung, dem Kinde, auch wenn Muttermilch genug da ist, einmal am Tage wenigstens die Flasche zu geben, da das Entwöhnen nachher nur halb so beschwerlich und gefährlich sei. Ferner gehört zu den Irrtümern die Empfehlung, die Milch nach dem Kochen aus dem Kochtopfe durch ein Sieb in einen andern Topf gießen zu lassen. Schließlich möchte ich der Verfasserin längere Nahrungspausen empfehlen und größere Vorsicht bei der Empfehlung von Vollmilch.

Meinem früheren[1] Urteile über den Leitfaden von Pescatore, dessen 3. Auflage von Prof. Dr. Langstein bearbeitet ist, habe ich nichts hinzuzufügen und kann nun zu den beiden letzten Schriften, deren Besprechung gleichfalls nur kurz sein darf, übergehen.

Das Hecklsche Buch, dessen 2. Auflage vom Prinzessin Arnulf-haus für Säuglinge in München herausgegeben ist, enthält für die Pflege der Mutter, für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zweckmäßige

[1] Monatsschrift für Kinderheilkunde.

Ratschläge, macht eindringlich Propaganda für das Selbststillen und beschränkt sich bei der Besprechung der künstlichen Ernährung auf das, was die Mutter wirklich wissen muß und eigenmächtig entscheiden kann, ohne einen Arzt zu fragen.

Ebenso uneingeschränkt ist das Lob des Leitfadens von Lillie Oberwarth. Pflege, Ernährung und Erziehung des jungen Kindes werden gleich verständig behandelt. Eine Menge praktischer Ratschläge, die sich bis auf die notwendige Anschaffung der Erstlingswäsche erstrecken und der jungen Mutter gewiß sehr willkommen sind, keine Übertreibungen, gute Abbildungen. Die Darstellung ist schlicht und berücksichtigt, wie auch Prof. Neumann im Vorwort hervorhebt, einfach bürgerliche Verhältnisse. An der Beschränkung, welche sich die Verfasserin in dem Dargebotenen auferlegt, erkennt man, daß Frau Oberwarth nicht nur selbst abwägt, was zu bringen notwendig ist und was nicht, sondern daß sie aus ihren Kursen gerade über diese Punkte praktische Erfahrungen gesammelt hat.

Wenn ich nun zum Schlusse meine Kritik über die verschiedenen Schriften zusammenzufassen versuche, so sollte ich mich eigentlich an die Gruppeneinteilung halten, welche ich in der Einleitung vorgeschlagen habe. Ich glaube, daß sich dies nach der detaillierten Besprechung erübrigt. Ich möchte nur noch mit wenigen Worten auf die Schriften zurückkommen, welche meiner Ansicht nach zur Belehrung empfehlenswert sind, und das sind die vier letztgenannten. Der Leitfaden von Pescatore für Pflegerinnen ist in seiner Art gut und wir dürfen Langstein Dank wissen, daß im großen und ganzen wenig geändert ist.

Die anderen drei Schriften sind für Mütter geschrieben, und zwar wohl alle für Frauen in bürgerlichen Verhältnissen, welche die Pflege ihres Kindes selbst übernehmen, aber auch in der Lage sind, sich ihr zu widmen. Wie gesagt, ist die Schrift von Mercator gut, ihre sachlichen Irrtümer sind leicht auszumerzen. Das Buch von Hackl zeichnet sich durch richtige Auswahl des Stoffes und eindringliche Propaganda für das Stillen aus. Aber den Preis unter allen diesen Schriften verdienen meines Erachtens die Mutterbriefe von Lillie Oberwarth, welche in der Auswahl des Gebotenen, in der Form und dem Ton der Darstellung sich dem Hörerkreise so gut anpassen und ihre Aufgabe so gut erfüllen, daß in dieser Richtung wohl schwer etwas Besseres zu bieten ist.

Merkblätter.

Ich verstehe darunter die Blätter von 1 bis 4 Seiten Umfang, welche zumeist von Behörden oder Vereinen bei irgend einer offiziellen Gelegenheit (auf dem Standesamt usw.) oder in den Fürsorgestellen zur Belehrung der Mütter oder Pflegefrauen ausgegeben werden. Ihre Zahl ist Legion, wenn auch allmählich sich das Bestreben geltend macht, für größere Bezirke offizielle Merkblätter herauszugeben. Weit verbreitet ist das Merkblatt

des Vaterländischen Frauenvereines in Bayern; in Sachsen und im Regierungsbezirk Düsseldorf versucht man ein einheitliches Merkblatt einzuführen. Aus diesen neuen Merkblättern ist mit Genugtuung zu konstatieren, daß sich allmählich ein einheitliches System für Pflege und Ernährung des Säuglings bei uns Anerkennung verschafft, wenigstens in den Grundzügen. Aber selbst da, wo eine rührige Zentrale die Belehrung der Mütter einheitlich organisiert — und das allein schon würde die Notwendigkeit der Zentralen bestimmen — bestehen neben dem offiziellen Merkblatt noch allerhand Merkblätter, welche in der einen oder der andern Stadt auch weiter ausgegeben werden. Ein buntes Bild pädiatrischer Lehren entsteht aus der Vielfältigkeit der Autoren und ihrer Anschauungen.

Merkwürdig und schädlich ist, daß von demselben Merkblatt verschiedene Auflagen nebeneinander in Gebrauch sind. In jeder neuen Auflage sind zwar mehr oder weniger wichtige Änderungen vorgenommen worden, aber das hindert nicht, daß in der einen Stadt das Merkblatt des Vaterländischen Frauenvereines vom Jahre 1893, in einer andern das von 1898 und in einer Nachbarstadt vielleicht das von 1905 offiziell verteilt wird. Es ist das nicht Schuld des Vereines, dessen Streben, die Lehren seines Merkblattes dem neuesten Stand des Wissens anzupassen, vielmehr anzuerkennen ist, sondern ist vielmehr vom Zufall bedingt. Es hängt davon ab, ob die eine Stadt mehr oder weniger von der Auflage des Merkblattes erstanden hat, ob sie längere oder kürzere Zeit mit ihrem Vorrat gereicht hat. Um das abzustellen, bliebe nur übrig, daß die älteren Auflagen bei einer Neuauflage, wie Münzen oder Briefmarken, außer Kurs gesetzt oder eingezogen würden. Das hat man aber bisher als nicht notwendig angesehen. Am merkwürdigsten und schädlichsten aber ist es, wenn in derselben Stadt von zwei Behörden, z. B. vom Armenamt und Polizeipräsidium, von dem einen für die Fürsorgestellen, vom anderen für die Haltefrauen, also vielfach für dasselbe Publikum zwei verschiedene Merkblätter ausgegeben werden, die sich in ihren Ratschlägen widersprechen. Da muß man schon sagen: Es ist unbedingt notwendig, daß für große Bezirke, zum mindesten für die einzelnen Staaten einheitliche Merkblätter geschaffen werden, die untereinander mindestens in ihren Grundlehren übereinstimmen.

Um meinen Vorschlag zu motivieren und dieses Merkblätterunwesen zu charakterisieren, muß ich auf Einzelheiten eingehen. Sie sind vielleicht auch darum von Interesse, weil sie die Entwicklung und den Fortschritt unserer Wissenschaft anzeigen.

Seit Jahren habe ich ebenso wie die populären Schriften auch die Merkblätter über Pflege und Ernährung des Säuglings gesammelt; meine Sammlung hat eine Ergänzung gefunden, als wir vor 2 Jahren im Herbst 1908 bei Gelegenheit einer Rundfrage an die deutschen Städte für unsere Registratur Exemplare der gebräuchlichsten Merkblätter erbeten haben. Es ist eine Menge von mehreren hundert Merkblättern, welche mir als Ausgangsmaterial dient. Bei der Sichtung dieses Materials stellte sich

einmal heraus, daß die Texte verschiedener Merkblätter übereinstimmen, also auf eine Urform zurückgehen, daß ein Merkblatt nur einen Auszug aus einem andern darstellt, und daß manches Merkblatt von verschiedenen Stadtverwaltungen übernommen worden ist.

2000 Städte und Gemeinden hatten wir um Exemplare von Merkblättern gebeten, etwa 300 bis 400 Exemplare haben wir erhalten. Es entzieht sich meiner Kenntnis, ob in den anderen Städten keine Merkblätter oder vielleicht Auflagen von so ehrwürdigem Alter verteilt werden, daß man sie nicht als Muster abgeben wollte. Bei einer eingehenden Sichtung dieses Materials und beim Ausscheiden der Duplikate blieben mir etwa 50 Typen übrig, von denen mehrfach verschiedene Auflagen nebeneinander in Gebrauch sind. Nach dem Verbreitungsbezirk und der Größe der Auflage dürften enorme Differenzen bestehen; zurzeit steht wohl noch das Merkblatt des Vaterländischen Frauenvereines (1) an der Spitze, das namentlich in Preußen von sehr vielen Behörden ausgegeben wird und hier die Stelle des offiziellen Merkblattes vertritt. Derselbe Text wird als Merkblatt des Agnes-Frauen-Vereines für das Herzogtum Sachsen-Altenburg im Bereich des Herzogtums durch die Standesämter verteilt. Mir sind von dem Merkblatt des Vaterländischen Frauenvereines 5 Auflagen bekannt, die gleichzeitig nebeneinander in Gebrauch sind.

Für größere Bezirke Preußens kommen außerdem in Betracht das vom Vaterländischen Frauenverein (Provinzialverband Ostpreußen) und vom Verein Königsberger Ärzte empfohlene und von Prof. Falkenheim—Königsberg verfaßte Merkblatt (2), das der Westpreußischen Ärztekammer (3), das vom Verein der Medizinalbeamten des Regierungsbezirkes Düsseldorf herausgegebene (4), das des Vereines für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf (5), das von Prof. Peiper verfaßte Merkblatt der Greifswalder Säuglingsfürsorge (6), welches nach Verfügung des Regierungspräsidenten im Regierungsbezirke Stralsund offiziell verteilt wird, und schließlich ein Merkblatt, das auf den Oberwesterwaldkreis beschränkt zu sein scheint (7). Ob in anderen Provinzen oder Bezirken noch ein oder das andere Merkblatt offiziell oder offiziös empfohlen wird, entzieht sich meiner Kenntnis. Nur noch kurz einige Worte über das unter 4 aufgeführte Merkblatt des Vereines der Medizinalbeamten des Regierungsbezirkes Düsseldorf. Von diesem ist 1908 eine Jubiläumsausgabe erschienen, welche folgenden Vermerk trägt: „zuerst 1883 zusammengestellt; wiederholt verbessert und ergänzt; seitens der königlichen wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen gutgeheißen und von hohen und höchsten Behörden (Medizinalminister, Oberpräsident der Rheinprovinz, Regierungspräsident in Düsseldorf) zur möglichst weiten Verbreitung empfohlen; nach Benehmen mit dem ‚Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirke Düsseldorf' neu aufgelegt."
Nach Notizen auf den früheren Ausgaben sind nach 1883 Neubearbeitungen 1885, 1890, 1894, 1899 und 1905 erschienen. Ob mittlerweile an allen Stellen, in denen dieses Merkblatt zur Verteilung kommt, die Jubiläumsausgabe eingeführt ist, ist mir nicht bekannt. Jedenfalls wurden in Ge-

meinden und Städten 1908 3 Auflagen ausgegeben, in einer die von 1898, in anderen die von 1899 und schließlich in weiteren die von 1905. Wie sehr in ihren Ratschlägen die verschiedenen Auflagen voneinander abweichen, ist aus meiner späteren Zusammenstellung ersichtlich.

In Bayern sind gegenwärtig 2 Merkblätter verbreitet, das ältere, vom Dozenten Dr. Trumpp verfaßte des Bayerischen Frauenvereines vom Roten Kreuz (8) und das neue, mit einigen Veränderungen daraus hervorgegangene der Zentrale für Säuglingsfürsorge in Bayern (9). Außerdem existiert noch ein Merkblatt der ärztlichen Bezirksvereine der Oberpfalz (10).

Im Königreich Sachsen ist in jüngster Zeit vom Verein sächsischer Bezirksärzte eine Anleitung zur Ernährung und Pflege des Kindes im 1. Lebensjahre (11) verfaßt worden, welche vom Ministerium empfohlen wird und wohl dazu bestimmt ist, die vielen in ihrem Äußern mehr oder weniger voneinander abweichenden Blättchen allmählich zu verdrängen.

In Württemberg ist ein vom königlichen Medizinalkollegium herausgegebenes Merkblatt (12) anscheinend ziemlich ausschließlich in Gebrauch, für Hessen wird ein solches von der Großherz. Zentrale für Mütter- und Säuglingsfürsorge vorbereitet.

Im Herzogtum Gotha und im Fürstentum Lippe-Detmold ist die kleine Schrift von Prof. Martin „Die Pflege und Ernährung des Neugeborenen“ in älterer Auflage offiziell eingeführt; ebenso in Bremen das Heft von Prof. Schlossmann (13), im Fürstentum Reuß eines (14), das mit dem in einer Reihe sächsischer Gemeinden eingeführten übereinstimmt. Von Sigmaringen dagegen wurden mir als offiziell zwei Exemplare eingeschickt, eines vom Jahre 1858 (15) und ein neueres (16), welches übrigens in seinen Vorschriften für künstliche Ernährung mit dem Merkblatt des Vereines der Medizinalbeamten des Regierungsbezirkes Düsseldorf vom Jahre 1893 übereinstimmt.

Das sind die mir bekannt gewordenen Merkblätter, welche mehr oder weniger offiziell in einem größeren Bezirk eingeführt sind. Dazu kommen nun, wie bereits erwähnt, solche, welche in einzelnen Städten von der Gemeindeverwaltung (Standesamt) oder vom Polizeipräsidium oder schließlich von Fürsorgestellen verteilt werden.

Zu der ersten Gruppe gehört ein Merkblatt (17), das in Köln, Mühlheim, Kalk, Gelsenkirchen ausgegeben wird, ferner die Blätter von Magdeburg, Mühlhausen, Posen, Görlitz, Kassel, Siegen, Plauen, Kevelaer, Lahr in Baden, das des ärztlichen Vereines in Offenbach, die sächsischen Merkblätter und das von Dr. Reimann verfaßte, das in Schweidnitz und Blankenhain ausgegeben wird.

Anleitungen zur zweckmäßigen Ernährung und Pflege der Haltekinder werden von einzelnen Polizeipräsidien ausgegeben; mir liegt eine solche vom Berliner Polizeipräsidium vor, die unter anderem auch in Schöneberg und Elbing und mit einigen Änderungen in Lüneburg eingeführt ist. Gerade auf dieses Merkblatt bezog sich meine Bemerkung, daß

in derselben Stadt nicht von zwei Behörden Merkblätter ausgegeben werden dürfen, welche einander widersprechende Ansichten vertreten.

Und schließlich kommen die Merkblätter, welche offiziell in den Fürsorgestellen ausgegeben werden, für diesen Zweck verfaßt sind und fast ohne Ausnahme aus den letzten Jahren stammen (Charlottenburg, Mainz, Essen, Rixdorf, Schöneberg, Ulm). Da sie nur eine Ergänzung der mündlichen Beratung und oft als ein Hinweis auf diese dienen sollen, können sie ihre Ratschläge auf Stillpropaganda und Vorschriften fürs Stillen beschränken, bezüglich künstlicher Ernährung am besten vollständig auf die Fürsorgestellen und eventuell auf besondere Bezugsquellen für Kindermilch beschränken.

In einzelnen Städten, z. B. in Köln, wird neben einer ausführlichen Belehrung ein kurzes Merkblatt ausgegeben, das nur wenige Sätze enthält: „Mütter, unterrichtet euch *frühzeitig* über die richtige Ernährung und Pflege der Säuglinge! Denn ihr Wohl und Wehe hängt sehr oft ab von kleinen, unmerklichen Fehlern in den ersten Tagen und Wochen. *Versagt dem Säugling nicht die Muttermilch*, ehe ihr den Rat des Arztes gehört. Die Mütter der unbemittelten Kreise können sich Rat holen bei folgenden *städtischen Fürsorgestellen*."

Was den Inhalt anbetrifft, so würde ich die Mannigfaltigkeit der Ratschläge als Warnung und Abschreckung am liebsten in Form einer Tabelle zur Darstellung bringen. Ich habe den Versuch gemacht, aber der Differenzen sind zu viele, so daß ich es vorgezogen habe, die wichtigsten Punkte aus den Merkblättern am Schlusse in kurzen Worten hervorzuheben. Diese Zusammenstellung dürfte nur dem Fachmanne als Beleg meiner Schilderung dienen. Um den Stand unseres Merkblattwesens zu charakterisieren, will ich hier einige allgemeine Gesichtspunkte hervorheben.

Im großen und ganzen findet man in den Merkblättern weniger Unsinn als in den populären Schriften. Selten finden sich Anschauungen, für die uns der Ausdruck „Ammenmärchen" geläufig ist, wohl aber, namentlich in den älteren, mancher Irrtum, z. B. die Notwendigkeit des Mundauswaschens, die Lehre vom Milchfieber. Aus den Merkblättern werden die Irrlehren schneller verschwinden, und am schnellsten würde unter ihnen aufgeräumt werden, wenn ein einheitliches Merkblatt geschaffen würde.

Es müssen Unterschiede verschwinden, auch wenn sie belanglos sind. Denn es mutet doch merkwürdig an, wenn zur Unterstützung der Stillpropaganda in der Einleitung der Merkblätter auf die höhere Mortalität der künstlich genährten Kinder hingewiesen wird und wenn es da im Ulmer heißt: Von nichtgestillten sterben dreimal soviel als von gestillten, im Kölner 3- bis 10mal, im Merkblatt des Vaterländischen Frauenvereines 6- bis 7mal, in Mühlhausen 8mal, in Posen 10mal soviel. Man sieht, wie leichtsinnig bei so allgemeinen Angaben mit Zahlen umgegangen wird.

Die auch heute noch unter Ärzten vorhandenen falschen Anschauungen über Stillverbote werden im Merkblatte nicht laut. Da ist

alles Stillpropaganda, auch die praktischen Angaben weichen nicht wesentlich voneinander ab. Aber recht verschieden sind z. B. die Vorschriften fürs erste Anlegen; die älteren lassen 4 bis 6 (Stuttgart), meist 12 Stunden nach der Entbindung anlegen, die neueren (Bayrische Zentrale und Frauenverein) erst nach 24 Stunden. Größer ist der Gegensatz schon bei der Frage, wie lange wir auf das Einschießen der Milch warten dürfen. Da läßt das Merkblatt Stuttgart bei ungenügender Milchsekretion bereits am 3. Tage verdünnte Kuhmilch geben, während nach dem Merkblatte von Kalk in den ersten 3, besser sogar 5 Tagen nichts als Brust oder Tee, aber nicht Kuhmilch gegeben werden darf, und während das Blatt der Bayerischen Zentrale noch weiter geht: „Sind eure Stillversuche noch am 8. Tage nach der Geburt vergeblich, dann müßt ihr das Kind mit (verdünnter) gekochter Kuhmilch oder Ziegenmilch ernähren."

Auch bezüglich der Stillenden finden wir in den modernen Merkblättern Lehren, die mit denen der Wissenschaft übereinstimmen. Es ist vom „Milchfieber", wenn überhaupt, nur in dem Sinne die Rede, daß davor gewarnt wird, Temperatursteigerungen 3 bis 4 Tage post partum auf das Einschießen der Milch zurückzuführen und unbeachtet zu lassen. Ziemlich allgemein wird der Stillenden schon für den 2. Tag nach der Entbindung eine vernünftige gemischte Kost mit reichlich Gemüse und Obst empfohlen werden, alle Extreme verboten. Gewisse Nahrungsmittel, Hungern und Überernährung werden vermieden.

Größer werden die Differenzen, wenn wir die Vorschriften über die Frage, wie oft das Kind an die Brust gelegt werden soll, vergleichen. Da ist z. B. eine Meinungsverschiedenheit im Punkte Regelmäßigkeit. Die einen, Ordnungsfanatiker, schreiben vor, die Mahlzeiten pünktlich nach der Uhr geben zu lassen, die anderen warnen die Mutter, das Kind aus dem Schlafe munter zu machen, und lassen das Kind die Zeit seiner Mahlzeiten bestimmen.

Bezüglich der Häufigkeit des Anlegens beim Brustkind und der Zahl der Flaschen bei künstlicher Ernährung ist deutlich eine Tendenz zur Verlängerung der Nahrungspausen zu erkennen. Und das ist eine der erfreulichsten Tatsachen, die sich aus der Vergleichung neuer und alter Merkblätter ergibt. Heute ist doch die Vorschrift fast allgemein: in 24 Stunden 5, höchstens 6 Mahlzeiten. Vor allem ist hier auch eine Änderung im Ton eingetreten. Früher hieß es: „Das Kind soll zweistündlich angelegt werden", heute heißt es, „das Kind soll nicht öfter als 6mal angelegt werden", und ebenso „n i c h t v o r dem 7. oder 8. Monat Vollmilch erhalten". Da tritt die Warnung vor Überfütterung hervor. Zaghafter klingt schon: „Vom 7. Monat an k a n n man Vollmilch geben." Bleiben wir z. B. bei dieser letzten Frage. Das Merkblatt der Berliner Fürsorgestellen sagt: „Nach dem 6. Monat kann Vollmilch gegeben werden," das der sächsischen Bezirksvereine: „vom Ende des 6. Monats an kann das gesunde Kind die unverdünnte Milch erhalten," das Charlottenburger und das des Berliner Polizeipräsidiums sagt: „Vom 6. bis 8. Monat an kann die Milch unverdünnt gegeben werden," das Kölner: „Gib vom 7.", das

Mühlheimer: „Gib vom 9. Monat an Vollmilch." Weitesten Spielraum für Mißverständnisse läßt das Görlitzer Merkblatt, dessen § 6 anfängt: „Die Kuhmilch werde, mit Milchzucker versüßt, dem Kinde anfänglich etwas verdünnt gegeben. Bei Wohlbefinden und steter Gewichtszunahme des Kindes gehe man alsbald zur Ernährung mit unverdünnter Vollmilch über."

Wir sehen, wie hier schon in wichtigen Fragen Differenzen beginnen, aber es ist nicht möglich, diese Differenzen auch bezüglich der Nahrungsmenge und der Nahrungsmischung zu erörtern. Ich begnüge mich auf die am Schlusse angehängten Auszüge aus den Merkblättern hinzuweisen, zumal meines Erachtens so spezielle Angaben gerade über diese Punkte (z. B. Peipers Merkblatt) in ein Merkblatt nicht hineingehören. Sie verführen ebenso wie die Normalkurven und die Durchschnittstabelle fürs Körpergewicht die Mutter nur zu Unruhe und Polypragmasie. Dagegen möchte ich einige allgemeine Fragen, und zwar betreffs der Nahrungsmittel hervorheben.

Es ist zur Genüge bekannt, daß in der Säuglingsernährung die einzelnen Landesteile verschiedene Sitten haben. Bei Gelegenheit früherer Untersuchungen über Mehlnährschaden habe ich bei einer Reihe von Kollegen im Osten und Westen, im Norden und Süden unseres Vaterlandes angefragt, ob in der betreffenden Stadt oder Gegend Salzzusatz zu Mehlsuppe oder Schleim üblich sei oder nicht. Es stellte sich heraus, daß das ganz verschieden ist, und dasselbe finden wir bei Durchsicht der Merkblätter, die einen vergessen nie die „Messerspitze Salz" als Zusatz, die anderen erwähnen sie nicht. Ebenso ist es mit dem Zucker. Vereinzelt steht allerdings Reimann da mit seiner Meinung: „Säuglinge werden krank, wenn man der Milch Zucker zusetzt." Aber in einigen Merkblättern (Lahr, Offenbach) heißt es auch nur: „Man kann Zucker zusetzen." Die überwiegende Mehrzahl schreibt den Zusatz von Zucker vor, überläßt entweder der Mutter die Wahl des Zuckers oder tritt schon mehr auf Seite des Milchzuckers mit der Weisung: „Zucker, am besten Milchzucker" respektive „Kandiszucker oder besser Milchzucker". Soweit ich sehe, empfiehlt nur das Merkblatt des Vereines für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirke Düsseldorf ausschließlich Milchzucker. Im Gegenteile habe ich zu meiner Verwunderung ersehen, daß die Empfehlung des Milchzuckers für künstliche Ernährung in die Merkblätter und in den Brauch ärmerer Familien weniger Eingang gefunden zu haben scheint, als im allgemeinen angenommen wird.

Unerklärte und zum Teil wohl unerklärliche Differenzen bestehen betreffs der anderen Zusätze zur Kuhmilch. Peiper im Greifswalder Merkblatt empfiehlt zur Verdünnung Wasser, das Merkblatt des Düsseldorfer Vereines für Säuglingsfürsorge Milchzuckerlösung, die Anweisung der westpreußischen Ärztekammer verbietet Schleim[1]) bis zum 6. Monat,

[1]) Einen Unterschied zwischen Hafer- und Gerstenschleim macht von den Merkblättern nur noch das des Stuttgarter Medizinalkollegiums: Bei Neigung zu Verstopfung Hafermehl, bei Neigung zu Durchfall Gerstenmehl.

ebenso das für Mühlhausen, das Merkblatt für den Oberwesterwaldkreis nur für die ersten 9 Monate, das ostpreußische empfiehlt zuerst Wasser, dann Schleim, das für Kassel Schleim nur bei Durchfall — nach den Merkblättern von Köln, Kalk und Mühlheim ist Zusatz von Schleim bis zum 3. Monat zuweilen schädlich, vor dem 9. Monat meist entbehrlich — das Merkblatt der Bayerischen Zentrale dagegen kennt als Verdünnung der Kuhmilch nur Schleim. Die überwiegende Mehrzahl der übrigen (Vaterländischer Frauenverein, Sachsen, Düsseldorfer Verein der Medizinalbeamten, Posen, Mainz usw.) läßt Wasser und Schleim nebeneinander gelten, ohne zum mindesten für das erste Halbjahr dem einen unbedingt den Vorzug zu geben.

Eine erfreuliche Einigkeit herrscht in der Ablehnung der Kindermehle und der kondensierten Milch, anderseits in der Gleichstellung von Kuh- und Ziegenmilch und der Betonung der Hauptsache, daß die Milch sauber gewonnen und frisch sein muß.

Die Methoden zur Behandlung der künstlichen Nahrung werden in den Merkblättern verschieden angegeben. Die Vorschrift (Plauen), die bereits im ganzen abgekochte Nahrung vor dem Trinken nochmals aufzukochen, wird heute wenig Anhänger finden. Die in älteren Merkblättern fast stets und im Siegener und Mühlhausener Merkblatt noch heute enthaltene Empfehlung, die Säuglingsmilch unter ständigem Umrühren zu kochen, um das Aufrahmen zu verhüten, dürfte gegenwärtig, wo wir alles tun, um die einmal bereitete Nahrung keimfrei oder keimarm zu halten, ebenso auf Widerspruch stoßen, wie das Umgießen der gekochten Nahrung aus dem Kochtopfe in ein anderes Gefäß (Oberpfalz, Greifswald). Was das Kochen und Mischen anbetrifft, so machen sich, wenn wir von dem technisch als einwandfrei anerkannten Soxhletschen Verfahren absehen, in der Armenpraxis, mit der es die Merkblätter zu tun haben, 3 Methoden Konkurrenz. Die Vorschrift von Berlin und Charlottenburg, Stuttgart läßt die Milch sofort aufkochen, erst vor der Mahlzeit in der Trinkflasche mit den Zusätzen mischen. Die Merkblätter für Sachsen, Ost- und Westpreußen bevorzugen die Methode, erst das Nahrungsgemisch mit allen Zusätzen in der Tagesmenge herzustellen, zu kochen, in demselben Gefäße zu kühlen und vor der Mahlzeit die Trinkportion abzufüllen. Das Merkblatt des Vaterländischen Frauenvereines läßt beide Methoden gelten, während das des Düsseldorfer Vereines der Medizinalbeamten auch mit bescheideneren Mitteln das Soxhlet-Verfahren nachahmen läßt: das fertige Nahrungsgemisch wird in Flaschen verteilt, in diesen gekocht und gekühlt.

Schließlich verdient die Stellung der verschiedenen Merkblätter gegenüber der Darreichung von Gemüse noch eine kurze Notiz. In vielen älteren, aber auch z. B. im neuesten Greifswalder Merkblatt wird Gemüse in der Säuglingsernährung überhaupt nicht erwähnt; nach der Vorschrift für Köln und Mühlheim sind Obst, Gemüse, Kartoffel u. dgl. im ersten Jahre niemals notwendig, oft schädlich. Aber auch die, welche für Gemüse sind, sprechen in sehr verschiedener Tonart: „Vom 7. bis 9. Monat

Vaterländischer Frauenverein 1908.

Brust:

nicht öfter als 6mal an die Brust, 5 Mahlzeiten genügen.
2stündiges Anlegen führt zu Störungen.

Künstlich:

Frische Milch wird erst verdünnt, mit Zucker versetzt, gekocht und gekühlt.

Jede Mahlzeit wird abgegossen.

Verdünnung mit Wasser, Hafer- oder Gerstenschleim, auf jede Mahlzeit $1/2$ bis 1 Teelöffel Zucker.

1. Monat	6 Mahlzeiten	$1/3$ Milch	4 bis 7 Strich 420 bis 720 g
2. Monat	6 Mahlzeiten	$1/2$ Milch	7 bis 9 Strich 720 bis 900 g
3. Monat	5 Mahlzeiten	$2/3$ Milch	10 bis 11 Strich 900 bis 1000 g
4. bis 6. Monat	5 Mahlzeiten	$2/3$ Milch	10 bis 11 Strich 900 bis 1000 g

Nach 6 Monaten kann Vollmilch gegeben werden.
Vom 8. Monate Gemüse und Obstbrei.

Sachsen.

Brust:

in 24 Stunden 5, höchstens 6, in den ersten 4 Wochen, wenn nötig, 6 bis 7mal Brust.

Künstlich:

Mischung kochen, kühlen, vor der Mahlzeit in die Flasche.

Verdünnung entweder mit Wasser oder Schleim; auf $1/2$ Liter Schleim 2 Eßlöffel Zucker und 1 Messerspitze Salz.

1. Woche	7 Mahlzeiten	$1/3$ Milch		390 bis 420
2. bis 4. „	6 „			480
2. Monat	5 „	$1/2$	„	500
3. „	5 „			600 „ 750
4. bis 6. „	5 „	$2/3$	„	850 „ 1000

Vom Ende des 6. Monates an kann Vollmilch, im 2. Halbjahr Zwieback, Reis, Grieß, Sago mit Brühe oder Milch gegeben werden.

Vom 7. bis 9. Monat an Gemüsebrei, Fruchtsaft, Apfelmus.

Bayern.

Brust:

1. Anlegen 1 Tag p. p., in den ersten 6 Wochen höchstens 6mal, später 5mal.

Erst wenn Stillversuche noch am 8. Tage vergeblich sind, dann künstlich.

Künstlich:

Mischung kochen, sogleich oder vor jeder Mahlzeit verteilen auf die Flaschen.

Zur Verdünnung dünner Schleim; auf 1/2 Liter davon 1 gehäufter Eßlöffel Kandiszucker oder besser 2 Eßlöffel Milchzucker und 1 Messerspitze Salz.

1. Monat	6 Mahlzeiten	1/3 Milch	1. Woche		375
			2. bis 4.	„	625
2. „	5 „	1/2 „			750
3. „	5 „	2/3 „			875
4. „	5 „	2/3 „			875
5. bis 6. „	5 „	3/4 „			1000

vom 7. Monat an kann Vollmilch, vom 7. Monat an Gemüse, Suppe und Brei als Beikost gereicht werden.

Düsseldorf.

Brust:

In den ersten 2 bis 3 Lebenswochen höchstens 7mal, später nur 6 oder lieber 5mal.

Künstlich:

Mischung in Flaschen verteilen, im Wasserbade kochen und kühlen, weniger gut: Mischung kochen, kühlen, vor der Mahlzeit abgießen.

Verdünnung mit Wasser oder Schleim auf die Tagesmenge 1 gehäufter Eßlöffel Zucker (Milchzucker oder Kandiszucker).

1. Monat	6 oder 7 Mahlzeiten	3/9 Milch	800 bis 900
2. „	6 „	4/9 „	900
3. „	6 „	5/9 „	900
4. „	6 „	6/9 „	900
5. „	6 „	7/9 „	900
6. „	6 „	8/9 „	1000
7. „	6 (5) „	9/10 „	1000

Vom 8. Monate Vollmilch, vom 7. Monate soll Beikost von Kompott, Fruchtsaft, Gemüse, vom 4. Monate kann Brei gereicht werden.

ab kannst du versuchen, Mittags 1 Eßlöffel gekochten Spinat" (Verein sächsischer Bezirksärzte) — Gemüse kann vom 8. (Vaterländischer Frauenverein), 8. bis 9. (Posen), vom 9. Monat ab (Stuttgart) gegeben werden. — Nach dem 7. Monat (Charlottenburg), nach dem 9. Monat (Berliner Polizeipräsidium) ist Gemüse erlaubt — nach dem 10. Monat darf etwas Gemüsebrei versucht werden (Berliner Fürsorge). Nur einzig und allein die Merkblätter der Bayerischen Zentrale und des Vereines der Medizinalbeamten Düsseldorfs fordern Gemüse, im ersteren: „Nach dem 6. Monat gebt als Beikost 1- bis höchstens 2mal täglich Griessuppe, Breisuppe, Mehl- oder Griesbrei, Brei von Spinat, gelben Rüben, Äpfeln" — und im zweiten: „Vom 7. Monat an soll neben der Milchnahrung Beikost verabfolgt werden, nämlich Kompott, Fruchtsaft, Spinat, Kartoffelbrei, Salat oder anderes frisches, leichtes Gemüse".

Wenn man diese Zerfahrenheit sieht, wie sie in allen Fragen zutage tritt, braucht man eine Aufmunterung, um wenigstens an dem Fortschritt unserer Wissenschaft nicht zu verzweifeln, und die erhalten wir, wenn wir unsere modernen Merkblätter mit dem Entwurfe des 12. deutschen Ärztetages (Eisenach 1884) vergleichen. Der letztere — im Reichs-Medizinal-Kalender für das Jahr 1909, S. 149 abgedruckt, sagt z. B.: „Wieviel trinkt das gesunde Kind? In den ersten 4 Wochen ungefähr ½ Liter Kuhmilch, später bis zur 20. Woche 1 Liter (ohne die nötige Verdünnung)" und „die verdünnte Milch wird stets warm, am Tage alle 2 bis 3 Stunden, nachts seltener gereicht." Um die heutigen Merkblattanschauungen bezüglich künstlicher Ernährung darzustellen, habe ich in einer Tabelle die Vorschriften des Vaterländischen Frauenvereines, der Bayerischen Zentrale, der sächsischen Bezirksärzte und des Vereines der Medizinalbeamten in Düsseldorf nebeneinander gestellt. Demjenigen, der sich für die Details interessiert, empfehle ich zum Studium diese Tabellen auf Seite 32 und 33 und die Auszüge aus den Merkblättern im Anhang.

Versuche ich aus den Betrachtungen und Studien ein Ergebnis zu ziehen, so ist es folgendes. Es unterliegt keinem Zweifel, daß die Zersplitterung, die Widersprüche in der Belehrung des Volkes ein Ende nehmen müssen. Ob ein einheitliches Merkblatt für ganz Deutschland zu schaffen ist, ist zweifelhaft. Aber falsch ist es, wenn jede Stadt ein anderes Merkblatt hat, wenn die verschiedensten Merkblätter sich mehr oder weniger widersprechen. Für große Bezirke sollen einheitliche Merkblätter existieren, und diese alle in Deutschland sollen zum mindesten in den Grundsätzen der Pflege und Ernährung von Mutter und Kind übereinstimmen. In jedem Bezirk wird das gleiche Merkblatt von allen Stellen, die überhaupt Merkblätter verteilen (Standesamt, Fürsorgestellen, Polizei, Wohlfahrtsvereine) ausgegeben. Es besteht die Möglichkeit, daß einzelne Teile des Merkblattes für die Städte mit ausgedehnten Fürsorgeeinrichtungen gekürzt werden. Aber alle Merkblätter müssen eine eindringliche und verständliche Stillpropaganda und aus-

führliche Belehrung über die gesamte Technik des Stillens bringen, während die Belehrung über künstliche Ernährung sich am besten auf das Allernotwendigste beschränkt. Für notwendig halte ich genaue Vorschriften für Sauberkeit bei der Nahrungsbereitung, für Behandlung der Milch, Mischung der Bestandteile, Reinigung der Gefäße und Flaschen, Kochen und Kühlen. Für überflüssig und unter Umständen schädlich halte ich genaue Angaben über Nahrungsmenge und Nahrungsmischung nach dem Lebensmonat. Angaben über Beikost, Gemüse, Obst dürfen nicht fehlen, ebenso allgemeine Vorschriften über Pflege des Kindes. Knapp und klar das Notwendigste zu sagen, ist die Kunst des Merkblattes. Welche Form des Merkblattes die beste ist, darüber werden die Meinungen geteilt sein, unbedingt die, welche die meisten Mütter zum Lesen veranlaßt. Denn nur der Erfolg entscheidet.

Merkblätter im Ausland.

Zum speziellen Studium habe ich im Anhang eine Reihe von Merkblättern im Original oder Übersetzung nebeneinandergestellt, die in ihrer Kürze am krassesten die Differenzen in den Anschauungen zeigen. Da ist 1. das Sigmaringer Merkblatt vom Jahre 1858, 2. ein Merkblatt, das in Stockholm zur Verteilung kommt und Prof. Medin zum Verfasser hat, 3. das offizielle Merkblatt der Gesundheitskommission Kristiania, 4. das Merkblatt der Stadt York, 5. die Regeln von Dr. Ashby, 6. das Merkblatt von Newcastle, 7. das offizielle Merkblatt der Belgischen Nationalliga für Säuglingsschutz, das übrigens in seiner neuesten Auflage sehr viel vorsichtiger sich ausdrückt, als in der früheren von Dr. Lust allein bearbeiteten Ausgabe, 8. das Merkblatt des The Babies Dispensary and Hospital of Cleveland (Dr. Gerstenberger), 9. das des Vereines für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf.

Schluß.

Die Art des Materials erschwerte mir die Darstellung außerordentlich. Wenn ich auch die meisten Einzelheiten in den Anhang verwiesen habe, so bleibt mir doch ein so sprödes Material übrig, welches sich schwer für eine übersichtliche Zusammenstellung eignet. Ich konnte jedoch auf die Anführung des Beweismaterials nicht gut verzichten, da ohne dieses der Leser sich schwer einen Begriff von den Differenzen gemacht hätte, welche heute noch in der Lehre von der Ernährung des gesunden Kindes zwischen den wissenschaftlichen Schulen bestehen. Und noch weniger hätte man es geglaubt, wie schlecht ein großer Teil unserer populären Schriften ist und welches Unwesen auf dem Gebiete der Merkblätter herrscht. Da erwachsen der Kinderheilkunde und der Säuglingsfürsorge Aufgaben, deren praktische Lösung für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit außerordentlich wichtig ist.

Aufgabe der Kinderheilkunde, deren Ergebnisse die Grundlage für die ärztlichen Maßnahmen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit schaffen, ist es, auf dem Gebiete der Ernährung und Pflege Klarheit wenigstens in den Hauptfragen zu schaffen, damit die berufenen Lehrer der Mütter sich nicht gegenseitig widersprechen.

Aufgabe der Säuglingsfürsorge, welche die wissenschaftlichen Ergebnisse ärztlicher Forschung in die Praxis umsetzen und zu verwerten hat, ist es, in der populären Belehrung Einheitlichkeit zu schaffen und sowohl bereits widerlegte Irrlehren wie noch unbewiesene Theorien fernzuhalten.

Anhang.

Notizen aus fremdländischen Lehrbüchern und Schriften.

Ernährung der Neugeborenen.

Andérodias[1]. Erstes Anlegen 8 bis 10 Stunden nach der Geburt, man darf ohne Schaden 12 bis 24 Stunden warten. In den ersten Tagen 3 bis 4stündliche Nahrungspausen, später 9 Mahlzeiten pro Tag.

Budin. Am 1. Lebenstage nicht anlegen; falls das Kind unruhig ist, etwas verdünnte Kuh- oder Eselsmilch. Nahrungsmenge in den ersten 10 Lebenstagen nach Perret.

Delearde.

	Brustkind	Künstliche Ernährung	
1. Tag	32 g	nichts	
2. „	120 g	70 g	½ Milch mit 5%igem Zuckerwasser
3. „	280 bis 350 g	105 g	
4. „	350 „ 420 g	140 g	
5. „	490 „ 540 g	175 g	
6. „		210 g	
7. „		245 g	

Hutinel und Lesné. Erstes Anlegen nach 24 bis 36 Stunden, bis dahin überhaupt keine Flüssigkeit.

Marfan. Das Kind wird 12 Stunden nach der Geburt angelegt, man darf ohne Schaden 24 bis 36 Stunden warten.

Nobécourt.

1. Tag	in 4 Mahlzeiten	32 g	Brustmilch
2. „	„ 6 „	120 g	„
3. „	„ 7 „	280 g	„
4. „	„ 7 „	350 g	„
5. „	„ 8 „		

Terrien.

Am 1. Tage	nichts	
2. „	70 g	½ Milch
3. „	105 g	
4. „	140 g	
5. „	175 g	
6. „	210 g	
7. „	245 g	

Kerley. Bei künstlicher Ernährung 1. und 2. Lebenstag nur Milchzuckerlösung.

Dingwall-Fordyce. Während der ersten 2 oder 3 Tage alle 6 Stunden an die Brust anlegen; in der Zwischenzeit abgekochtes Wasser. Bei künstlicher Ernährung in den beiden ersten Lebenstagen abgekochtes Wasser, dann nach folgender Tabelle.

---

[1] Literaturverzeichnis siehe am Schlusse S. 34.

Dingwall-Fordyce. **Künstliche Nahrung für die I. Woche.**

	Ganze Mischung	Menge bei jeder Mahlzeit	Zahl der Mahlzeiten und Intervalle derselben	Prozentuale Zusammensetzung der Mischung mit Milch Protein 4%, Fett 4%, Zucker 4%, mit Sahne Protein 3%, Fett 10%, Zucker 4%		
				Protein	Fett	Zucker
3. Tag	300 g 240 g Wasser 60 g Milch	45 g $2^2/_3$ Eßlöffel Wasser $^1/_3$ Eßlöffel Milch	8 Mahlzeiten 6 am Tage, 2 nachts	0·7	0·7	0·5
4. Tag	450 g 375 g Wasser 75 g Milch 1 ʒ Milchzucker	45 g $2^1/_2$ Eßlöffel Wasser $^1/_2$ Eßlöffel Milch 6 Gran Milchzucker	10 Mahlzeiten 8 am Tage, 2 nachts	0·7	0·7	1·5
5. Tag	450 g 300 g Wasser 150 g Milch 1 ʒ Milchzucker	45 g 2 Eßlöffel Wasser 1 Eßlöffel Milch 6 Gran Milchzucker	10 Mahlzeiten 8 am Tage, 2 nachts	1·3	1·3	2·1
6. Tag	450 g 300 g Wasser 150 g Milch 2 ʒ Milchzucker	45 g 2 Eßlöffel Wasser 1 Eßlöffel Milch 12 Gran Milchzucker	10 Mahlzeiten 8 am Tage, 2 nachts	1·3	1·3	2·9
7. Tag	450 g 300 g Wasser 150 g Milch 3 ʒ Milchzucker	45 g 2 Eßlöffel Wasser 1 Eßlöffel Milch 18 Gran Milchzucker	10 Mahlzeiten 8 am Tage, 2 nachts	1·3	1·3	3·7

Thomson. Vor dem 3. Lebenstage ist Nahrung nicht notwendig, höchstens ein paar Teelöffel gekochtes Wasser.

Stooß. Anlegen 12 Stunden p. p.

Meyer-Ruegg. Erstes Anlegen 12 bis 15 Stunden p. p., darf ohne Schaden bis 24 Stunden p. p. verschoben werden. In den ersten Tagen 4stündliche, am 3. 3½stündliche, vom 5. Tage an 3stündliche Nahrungspausen.

Muggia. Vor 24 Stunden p. p. ist Anlegen nicht nötig; am 2. oder 3. Tage gibt man, falls Milch noch nicht vorhanden ist, eventuell verdünnte Kuhmilch.

Merkblatt „Care of infants during the first ten days of life" — Manchester und Newcastle.

Bei natürlicher Ernährung tagsüber alle 2 Stunden, im ganzen 6 Mahlzeiten; nachts 8stündlich dreimal anlegen. Falls nicht genügend Brustmilch, in den ersten 2 Tagen gesüßtes Wasser oder Gerstenschleim, dann verdünnte Kuhmilch, bis die Milchsekretion in Gang kommt. Bei künstlicher Ernährung in den ersten 2 Lebenstagen gesüßtes Wasser oder Schleim, dann ¼ Liter Milch mit Wasser oder Schleim und Zucker.

Merkblatt von Glasgow. Das Neugeborene ist möglichst bald an die Brust zu legen. Colostrum hat abführende Wirkung.

Merkblatt von Berlin. Für das neugeborene Kind am 1. Tage 1 Eßlöffel Milch, 3 Eßlöffel Wasser und 1 gestrichenen Teelöffel Milchzucker, für den 2. Tag doppelt so viel.

Natürliche Ernährung. (Zahl der Mahlzeiten in 24 Stunden.)

Anderodias. In den ersten Tagen 3 bis 4stündlich.

1. Monat 9 Mahlzeiten
2. und 3. " 7 "
vom 4. " an 6 "
nach 1 Jahre 5 "

Budin. Im 1. Monate tags 2stündlich, nachts 2mal (8 bis 10 Mahlzeiten).
Nach 1 " 2½ "
nach 5 bis 6 " 3 "

Comby. In den ersten Tagen 8 bis 10, dann in Intervallen von 2½ bis 3 Stunden 6 bis 7 Mahlzeiten täglich.

Delearde. In den ersten 4 Monaten 8, höchstens 9 Mahlzeiten, später 7 Mahlzeiten pro Tag.

Hutinel und Lesné. In den ersten 10 Tagen 9 Mahlzeiten (davon nachts 2)
bis zu 3 Monaten 8 " (" " 1)
" " 6 " 7 " (" " 1)
nach 6 " 6 " (nachts keine)

Marfan. 1. Tag 1 bis 2 Mahlzeiten
2. " 6 "
3. und 4. " 7 "
5. Tag bis 5. Monat 8 "
6. " 8. " 7 "

Nobécourt.

1. Tag	4 Mahlzeiten
2. „	6 „
3. „	7 „
3. Tag bis 3. Monat	8 „
4. und 5. „	7 „
6. „ 7. „	6 „
dann	5 „

Oui. Dieselben Vorschriften wie Nobécourt, nur daß er bis zum Ende des 1. Jahres 6 Mahlzeiten geben läßt.

Rothschild. In den ersten 6 bis 7 Monaten 8 oder 9 Mahlzeiten, davon nachts 2.

Terrien. In den ersten 3 Monaten 8 Mahlzeiten, davon 1 nachts
in den folgenden „ 7 „ „ 1 „

Variot.

1. Woche	9 Mahlzeiten
2. und 3. „	8 bis 9 „
4. Woche bis 2. Monat	7 „
vom 3. Monat an erst 6, dann	5 „

Holt.

1. Tag	4 Mahlzeiten
2. „	6 „
3. bis 20. „	10 „
3. „ 9. Woche	8 „
3. „ 5. Monat	7 „
5. „ 12. „	6 „

Kerley.

3. bis 21. Tag	10 Mahlzeiten
3. „ 6. Woche	9 „
6. „ 12. „	8 „
3. „ 5. Monat	7 „
5. „ 7. „	6 bis 7 „
7. „ 12. „	5 „ 6 „

Dingwall-Fordyce.

1. Monat	10 Mahlzeiten
2. und 3. „	8 „
4. „ 5. „	7 „
nach dem 5. „	6 „

Stooß. Nicht öfter als 6 mal, später 5 mal anlegen.

Meyer-Rüegg.

1. Tag	4 Mahlzeiten
2. „	6 „
Dann bis zum 9. Monat	5 „

Concetti.

1. Tag	8 bis 10 Mahlzeiten
1. Monat	10 „
2. und 3. „	8 „
4. bis 6. „	7 „
7. und 8. „	6 „
dann	5 „

Merkblatt von York. Tags 2stündlich, nachts 2mal; wenn das Kind älter wird, seltener.

Merkblatt von Kristiania. In den ersten Tagen 4 bis 5mal, vom 5. Tage an 2stündlich, vom 2. Monat an 3stündlich und dann nachts nicht mehr.

Natürliche Ernährung. (Nahrungsmenge.)

Deléarde.

2. und 3. Monat	640 bis	800 g
4. „ 5. „	840 „	910 g
6. bis 8. „	960 „	1050 g

Oui. Die gleiche Vorschrift.

Variot.

1. Woche	270 bis	400 g
2. „	400 „	450 g
3. „	450 „	540 g
4. bis 8. „	525 „	630 g
2. Monat	700 g	
3. „	750 g	

Meyer-Rüegg.

2. und 3. Monat	600 bis	720 g
4. „ 5. „	720 „	780 g
6. „ 9. „	840 „	900 g

Concetti.

2. und 3. Monat	720 g
4. bis 6. „	840 g
7. und 8. „	900 g
9. bis 12. „	1000 g

Künstliche Ernährung im 1. Lebensjahre.

Andérodias.

	Zahl der Mahlzeiten	Mischungsverhältnis Milch : Zuckerwasser	Gesamtmenge in 24 Stunden
1. Tag	2	1 : 1	40
2. „	4	1 : 1	80
3. „	6	1 : 1	150
4. „	6	1 : 1	240
5. bis 28. „	7	2 : 1	525
2. Monat	7	3 : 1	600
3. „	6	5 : 1	660
4. „	6	Vollmilch	650
5. „	6	„	680
6. „	5	„	730
7. „	5	„	770
8. „	5	„	810
9. „	5	„	850

Vom 9. Monate an Leguminosen, vom 10. an Panaden.

Budin gibt vom 1. Lebenstage an Vollmilch (vor ihm bereits Parrot), aber er gibt für die Nahrungsmenge keine Durchschnittszahlen, sondern beschränkt sich auf Demonstration von Beispielen.

Comby. In den ersten Tagen 8 bis 10 Mahlzeiten, später 8 bis 7. Milchmenge bei jungen Säuglingen $^1/_7$ bis $^1/_8$, bei älteren $^1/_{10}$ des Körpergewichtes, und zwar bei leichteren mageren Kindern relativ mehr als bei starken, kräftigen.
Wenn die Kinder es vertragen können, eventuell vom ersten Lebenstage an Vollmilch; im anderen Falle

Im 1. Monate $^1/_2$ Milch
2. „ $^2/_3$ „
3. „ $^3/_4$ „
4. „ Vollmilch

Als Zusatz zu Kuhmilch nie etwas anderes als Zuckerwasser. Bis zu 8 bis 9 Monaten ausschließlich Kuhmilch und Zucker, dann werden Mehle usw. zugesetzt.

Delearde.

Alter	Zahl der Mahlzeiten	Mischung	Tagesmenge
1. Monat	7	1/2 Milch	690 g
2. "	7	2/3 "	735 g
3. "	7	3/4 "	840 g
4. "	7	Vollmilch	945 g
5. "	7	"	1050 g
6. "	6	"	1050 g
7. "	6	"	1068 g

Zur Verdünnung der Kuhmilch 5%iges Zuckerwasser, erst nach 7 Monaten einmal, nach 10 Monaten zweimal täglich Schleim- oder Mehlsuppe.

Hutinel und Lesné. In den ersten 6 Monaten 7, dann 6 Mahlzeiten täglich. Im ersten Lebensjahre fast ausschließlich Kuhmilch.

Marfan.

	Zahl der Mahlzeiten	Mischung	Nahrungsmenge in 24 Stunden
1. Tag	1 oder 2	Milch: 10%ige Zuckerlösung	8 bis 16 g
2. "	6	1 : 1	48 " 72 g
3. "	7	1 : 1	84 " 140 g
4. bis 7. "	7	1 : 1	210 " 280 g
7. " 10. "	7	1 : 1	315 " 630 g
2. Monat	7	2 : 1	630 " 700 g
3. "	7	2 : 1	700 " 840 g
4. "	7	2 : 1	700 " 840 g
5. "	7	3 : 1	840 " 875 g
6. bis 9. "	6	Vollmilch mit 2% Zucker	900 " 1050 g

Nobécourt. Bis zu 3 Monaten 8, im 4. und 5. Monat 7, im 6. und 7. Monat 6, dann 5 Mahlzeiten.

Im 1. Monat 2/3 Milch, 1/3 10%ige Milchzuckerlösung; im 2. und 3. Monat 3/4 Milch, 1/4 10%ige Milchzuckerlösung.

Vom 4. Monat an Vollmilch mit 2% Milchzucker.

Oui.

	Zahl der Mahlzeiten	Mischung	Tagesmenge
1. Woche	6 bis 7	1/2 Milch m. 10%iger Zuckerl.	48 bis 280 g
2. bis 4. "	7	2/3 " " 10% " "	315 " 490 g
2. Monat	7	3/4 " " 10% " "	630 " 700 g
3. "	7	4/5 " " 10% " "	700 g
4. bis 5. "	7	Vollmilch	700 g
		oder 4/5 Milch	840 g
6. bis 10. "	6	Vollmilch mit 2% Zucker	840 bis 900 g

Rothschild. Für Kinder unter 3 Monaten Verdünnung der Milch mit 1/4 oder 1/3 10 oder 15%iger Zuckerlösung, von da an unverdünnte Vollmilch.

Terrien. Die individuelle Ernährung mit Berücksichtigung des Alters und Gesundheitszustandes ist zu kompliziert. Die Methode, die Terrien am Hospital des enfants malades erprobt hat, ist folgende: zu jeder Flasche wird 1 Eßlöffel Wasser und dann die notwendige Menge Milch gegeben. Also die Menge des Wassers ist fix, die der Milch variabel. Allmählich mit steigender Milchmenge beträgt die des Wassers 1/10, 1/12, 1/15, 1/20. Man hört mit dem Wasserzusatz auf, wenn die Einzelmahlzeit 125 g beträgt.

Variot.

	Zahl der Mahlzeiten	Mischung	Tagesmenge
1. Woche	8 bis 9	1/3 Milch mit Rohrzucker	240 bis 270 g
2. "	—	1/2 " — —	360 " 405 g
3. "	—	2/3 " " "	480 " 540 g
4. bis 8. "	7	3/4 " " "	525 " 700 g
Vom 3. Monat an 6, später 5		Vollmilch.	

Holt.

	Zahl der Mahlzeiten	Nahrungsmengen für 24 Stunden
2. bis 7. Tag	10	310 bis 490 g
2. und 3. Woche	10	490 " 1090 g
4. bis 5. "	10	775 " 1094 g
5. " 9. "	8	745 " 1290 g
3. " 5. Monat	7	870 " 1300 g
5. " 9. "	6	920 " 1400 g
9. " 12. "	5	1090 " 1400 g

Prozentverhältnis von Fett, Zucker und Eiweiß.

		Fat	Sugar	Proteids		Wheyproteids		Casein
Weak Formulas	I	1·00	4·00	0·25	oder	0·2	und	0·05
	II	1·00	5·00	0·5		0·45	"	0·05
	III	1·50	5·00	0·75		0·70		0·05
	IV	1·50	6·00	1·00		0·85		0·15
Medium Formulas	V	2·00	6·00	1·00		0·85		0·15
	VI	2·00	6·00	1·10		0·90		0·20
	VII	2·50	6·00	1·20		0·80		0·40
	VIII	2·50	6·00	1·30		0·80		0·50
	IX	3·00	6·00	1·40		0·80		0·60
	X	3·00	6·00	1·40		0·60		0·80
	XI	3·00	6·00	1·50		0·50		1·00
Strong Formulas	XII	3·50	7·00	1·60				
	XIII	3·50	7·00	1·75				
	XIV	3·50	7·00	2·00				
	XV	3·50	7·00	2·25				
	XVI	3·50	7·00	2·50				
	XVII	4·00	7·00	2·50				
	XVIII	4·00	6·00	3·00				
	XIX	4·00	4·50	3·50		Vollmilch		

Kerley.

	Zahl der Mahlzeiten	Nahrungsmenge für 24 Stunden
2. bis 10. Tag	10	300 bis 450 g
10. " 21. "	8 bis 10	400 " 540 g
3. " 6. Woche	8 " 9	540 " 720 g
6. Woche " 3. Monat	7 " 8	600 " 840 g
3. " 5. "	6 " 7	840 " 900 g
5. " 7. "	6	900 " 1200 g
7. " 9. "	5	900 " 1200 g
9. " 12. "	5	1050 " 1350 g

In der Poliklinik des Babies' Hospital, das unter Leitung von Kerley steht, gelten folgende Vorschriften:

unter 6 Wochen	¹/₄	Milch	mit	Schleim	und	Zucker
6. bis 12. Woche	¹/₃	„	„	„	„	„
3. „ 6. Monat	²/₃	„	„	„	„	„
6. „ 9. „	³/₄	„	„	„	„	„
9. „ 12. „	⁷/₈	„	„	„	„	„

Koplik.

	Zusammensetzung der Nahrung		
	Eiweiß	Fett	Zucker
Frühgeborene	0·32%	1·00%	5 bis 6%
1 bis 7 Tage	0·50%	1·50%	5 „ 6%
7 „ 14 „	0·80%	2·50%	5 „ 6%
14 „ 30 „	1·00%	3·00%	5 „ 6%
1 „ 3 Monate	1·25%	3·75%	5 „ 6%
3 „ 6 „	1·50%	3·00% bis 4·00%	5 „ 6%
6 „ 9 „	1·50% bis 2·00%	3·00% „ 4·00%	5 „ 6%
9 „ 12 „	3·00%	4·00%	5 „ 6%

	Zahl der Mahlzeiten	Nahrungsmenge für 24 Stunden
1. Tag	3	30 cm³
2. „	8	160 „
3. „	8	240 „
4. „	8	320 „
7. „	8 bis 10	400 „
2. Woche	8 „ 10	480 „
4. „	8 „ 9	480 „
2. Monate	7 oder 8	650 bis 720 cm³
3. „	7	840 cm³
4. „	7	1050 „
5. „	6 oder 7	1080 bis 1260 cm³
6. „	6	1260 cm³
7. und 8. Monate	6	1440 „
9. Monate	6	1500 „

Dingwall-Fordyce:

Menge jeder Mahlzeit	Zahl der Mahlzeiten	Relative Mengen von Wasser und Milch	Sahne und Zucker
Bei der Geburt . . . 30 g	10	Nur Wasser	Sahne: Im 2. Monat begonnen. Höchstmenge etwas über 1 Eßlöffel in 1 Flasche
„ Beginn des 2. Monates 60 g	9	¹/₃ Milch	
„ „ „ 3. „ 90 g	8	—	
„ „ „ 4. „ 120 g	7	¹/₂ Milch	Zucker: Kurz bei der Geburt begonnen werden. Höchstmenge etwas über 1 Dessertlöffel auf 1 Flasche
„ „ „ 5. „ 150 g	7	—	
Während des 6. „ 180 g	6	³/₄ Milch	
„ „ 8. „ 230 g	6	Vollmilch	

Dingwall-Fordyce. **Nahrung nach der 1. Woche.**

	Ganze Mischung	Menge bei jeder Mahlzeit	Zahl der Mahlzeiten und Intervalle derselben	Procentische Zusammensetzung der Mischung mit Milch-Protein 4%, Fett 4%, Zucker 4%, mit Sahne-Protein 3%, Fett 15%, Zucker 4%		
				Protein	Fett	Zucker
14. Tag	480 g 300 g Wasser } 1/3 150 g Milch } 15 g Milchzucker 15 g Sahne	45 g 2 Eßlöffel Wasser 1 Eßlöffel Milch 1/2 Teelöffel Milchzucker 1/2 Teelöffel Sahne	10 Mahlzeiten 8 am Tage, 2 nachts	1·4	1·7	4·5
Ende des 1. Monates	600 g 360 g Wasser } 1/3 180 g Milch } 30 g Milchzucker 30 g Sahne	60 g 2 1/2 Eßlöffel Wasser 1 1/4 Eßlöffel Milch 1 kl. Teelöffel Milchzucker 1 kl. Teelöffel Sahne	10 Mahlzeiten 8 am Tage, 2 nachts	1·4	2·0	6·4
Ende des 3. Monates	840 g 375 g Wasser } 1/2 375 g Milch } 45 g Milchzucker 45 g Sahne	120 g 3 1/2 Eßlöffel Wasser 3 1/2 Eßlöffel Milch 1 kl. Dessertlöffel Milchzucker 1 kl. Dessertlöffel Sahne	7 Mahlzeiten 6 am Tage in Zwischenräumen von 2 1/2 Stunden, 1 nachts	2·0	2·6	7·4
Während des 6. Monates	1260 g 360 g Wasser } 2/3 720 g Milch } 60 g Milchzucker 120 g Sahne	210 g 4 Eßlöffel Wasser 8 Eßlöffel Milch 2 1/2 Teelöffel Milchzucker 5 Teelöffel Sahne	6 Mahlzeiten alle am Tage in Zwischenräumen von 3 Stunden	2·7	3·7	8·4
Während des 8. Monates	1440 g 1260 g Milch 45 g Milchzucker 135 g Sahne	240 g 14 Eßlöffel Milch 1 Dessertlöffel Milchzucker 3 Dessertlöffel Sahne	6 Mahlzeiten alle am Tage in Zwischenräumen von 3 Stunden	3·3	4·9	7·0

Thomson. Ähnliche Vorschriften wie bei Dingwall-Fordyce.

Alter	Zahl der Mahlzeiten	Nahrungsmenge für 24 Stunden
1 Woche	10	500 g
1 Monat	[illegible]	[illegible] g
3 Monate	6	900 g
9 „	5	1200 g

Bis zu 6 Wochen $^1/_2$, bis zu 4 oder 5 Monaten $^2/_3$ Milch, gegen Ende des 1. Jahres Vollmilch.

Annual Report of the Manchester Childrens Hospital 1906. Vorschriften von Ashby:

	Zahl der Mahlzeiten tags	Zahl der Mahlzeiten nachts	Größe der Einzelmahlzeiten	Mischung
Bis zu 4 Wochen	2stündlich	4stündlich	4 Eßlöffel	$^1/_3$ Milch
Von 4 bis 8 „	$2^1/_2$ „	4 „	6 „	$^1/_2$ „
„ 8 „ 6 Monate	3 „	zweimal	8 „	$^2/_3$ „
	allmählich zunehmend bis zu		16 „	Vollmilch
„ 7 „ 12 „	5 Mahlzeiten täglich (3mal 12 Eßlöffel Vollmilch und 2mal 12 Eßlöffel Milch mit Mehl oder Brot).			

Stone: Als Verdünnungsflüssigkeit für die Kuhmilch ist Milchzuckerwasser zu nehmen. Zuckerzusatz in der 1. Lebenswoche etwa $^1/_4$ bis $^1/_2$, dann 1 bis 2 gestrichene Kaffeelöffel pro Flasche. Vom 2. Lebensmonat an Schleimabkochungen, vom 4. Monat an Mehlabkochungen. Im 1. Lebensmonat 6, vom 2. Monat 5—6 Mahlzeiten.

Nach den 4. Lebenstagen	Nahrungsmenge in 24 Stunden	Mischung
Im 1. Monat	250 bis 600 g	$^1/_3$ Milch allmählich steigend auf $^1/_2$ Milch
Im 2. und 3. „	allmählich steigend von 600 auf 900 g	von $^1/_2$ Milch allmählich steigend auf $^2/_3$ Milch
„ 4. „ 5. „	900 bis 950 g	$^3/_4$ „
Vom 6. „ an	950 „ 1000 g	[illegible] „

Vom 6. Monat an Grieß, Zwieback, vom 8. bis 9. Monat an Kartoffelbrei, vom 10. Monat an Gemüse.

Meyer-Rüegg.

1. Woche	$^1/_3$ Milch	$^2/_3$ 8% Zuckerlösung	
Von der 3. „ an	$^1/_2$ „	$^1/_2$ 8% „	oder Schleim
Im 4. Monat	$^2/_3$ „	$^1/_3$ 8% „	„ „

Muggia. Nach einigen Wochen kann das Kind Vollmilch vertragen.

Concetti.

	Nahrungsmenge	Mischung	Zahl der Mahlzeiten
1. bis 3. Tag	100 bis 200 g	$^1/_3$ Milch	10
4. „ 7. „	300 g	—	—
2. Woche	600 g	$^1/_2$ Milch	8
3. „	700 g	—	—
4. „	800 g	—	—
2. Monat	900 g	$^2/_3$ Milch	—
3. „	1000 g	—	—
4. „	—	$^9/_{10}$ Milch	7
5. „	—	Vollmilch	—
7. „	1200 g	—	6

Merkblatt für Kristiania. Im 1. Monat 9, im 2. Monat 7 und vom 3. Monat an 6 Mahlzeiten.

1. Monat ⅓ Milch mit Zucker
2. „ ½ „ „ Haferschleim und Zucker
3. bis 5. „ ⅔ „ „ „ „ „
vom 6. „ an Vollmilch

Merkblatt von Medin.

8 Flaschen pro Tag:

1. Woche	1 Teil Milch	3 Teile Wasser	Auf 100 cm³ Wasser 1 gehäufter Teelöffel Zucker oder 1½ Teelöffel Milchzucker
2. bis 3. „	1 „ „	2 „ „	
4. „	1 „ „	1½ „ „	
2. bis 5. Monat	1 „ „	1 „ „	
6. und 7. „	2 „ „	1 „ „	
8. bis 9. „	3 „ „	1 „ „	

Nach vollendetem 9. Monate Vollmilch.
Außerdem gibt Medin Mischungen mit Sahne und Obermilch an.

Merkblatt von Upsala. Im 1. Halbjahre 6, höchstens 7 Mahlzeiten, am Ende des 1. Jahres nicht mehr als 5.

James Niven.

Bis zu 6 Wochen 9 Mahlzeiten ⅓ Milch mit Milchzucker
„ „ 3 Monaten 7 „ ½ „ „ „
„ „ 6 „ 6 „ ⅔ „ „ „
6. bis 9. Monat 6 „ Vollmilch

Merkblatt für Glasgow. Stärkehaltige Nahrung nicht vor dem 9. Monate.

Ernährung nach dem 1. Lebensjahre.

Andérodias.

12. bis 15. Monat: Panade, Tapioka, Ei, oder vor allem Milch.
Mit 15 Monaten: Bouillon, Püree von Kartoffeln, Schoten, Linsen.
Gegen Ende des 2. Jahres: Fleisch und grüne Gemüse.
Obst in Form von Kompott oder Konfitüren mit 18 Monaten, roh erst vom 3. Jahre an.

Im 3. Jahre folgendes Menü:
8 Uhr: Suppe von 200 g Milch.
Mittag: Ei oder Fleisch oder Fisch, Püree mit Brot, Kompott oder Konfitüren.
4 Uhr: Milch- oder Panadesuppe; trockene Kuchen.
7 „ Suppe mit Eigelb, Gemüse, Brot.

Budin: Bis zu 3 Jahren ausschließlich Milch und Suppen, die mit Milch bereitet sind; weder Ei noch Bouillon.

Comby: Milch noch bis 2½ Jahren vorwiegend, dann Vegetabilien, vom 12. bis 15. Monat an 1, später 2 Eier täglich, Fleisch nach 3 Jahren.

Deléarde.

Nach 1 Jahre:
6 Uhr: 200 g Milch mit Zucker.
9 „ 200 g „ „ „
12 „ 150 g Milch, 50 g Zuckerwasser, 1 Eßlöffel Malz.
4 „ wie 6 und 9 Uhr.
7 „ wie 12 Uhr.
Von 15 Monaten an [illegible].

18. bis 24. Monat:

7 bis 8 Uhr. Suppe von 175 g Milch, 50 g Zuckerwasser, 2 Eßlöffel Mehl.
Mittag. Püree von Kartoffeln, Schoten, Linsen, Bohnen, Milchreis, Brot.
4 Uhr. 200 g Milch mit 1 oder 2 Bisquit.
7 „ Suppe wie früh.

Nach 2 Jahren:

7 Uhr. Suppe von 200 g Milch, 50 g Wasser, 2 Eßlöffel Mehl.
Mittag. Püree von Gemüse, Marmelade oder Weißkäse, Bisquit.
4 Uhr. 200 g Milch, 2 Bisquit.
7 „ Ei mit Butterbrot, Milch.
Fleisch erst nach 3 Jahren.

Hutinel und Lesné.

Mit 15 Monaten. Kartoffelbrei, Panaden, Zerealiensuppen.
„ 18 „ Weitere Gemüse.

Nach 2½ Jahren zu einer Mahlzeit etwas Fleisch, anfangs nur jeden 2. Tag. (Hirn, frischer Fisch, Huhn, Schinken, später Hammelkoteletten.) Das Fleisch fein gewiegt.

Speisezettel für 2½ bis 3 Jahre:

I. Mahlzeit. 250 g Milch mit Brot oder Bisquit.
II. „ Ei oder Fleisch; Püree oder Nudeln, Makkaroni usw.; Marmelade oder Konfitüre oder Honig oder Weißkäse, Brot.
III. „ 250 g Milch; Brot mit Butter oder Konfitüren oder Kuchen.
IV. „ Milchsuppe oder eine Suppe von Gemüse, Panade, Tapioka oder Mehl in Bouillon; Marmelade oder Konfitüre; Brot.

R. Terrien.

12 bis 18 Monate 5 Mahlzeiten:

6 Uhr 200 g Milch.
9 „ 200 g „
12 „ Suppe aus 200 g Milch und Mehl.
4 „ 200 g Milch.
7 „ Wie 12 Uhr.

Nach dem 18. Monate tritt bei manchen Kindern eine Dyspepsie du sevrage auf, damit Bedürfnis nach anderen Nahrungsmitteln, Ei, Gemüsepüree.

Bis zu 2 Jahren 4 Mahlzeiten:

8 Uhr 200 g Milch oder Phosphatine.
12 „ Ei oder Püree mit wenig Brot.
4 „ 200 g Milch oder trockenes Gebäck.
Abends Ei und Suppe (oder Püree).

Nach 2 Jahren zu Mittag etwas Fleisch. (Hirn, Fisch, weißes, dann dunkles Fleisch.)

Morgens 250 g Milch.
Mittags 30 g Fleisch, 100 g Püree, Dessert.
4 Uhr wenig Milch oder Gebäck.
7 Uhr 1 Ei, Püree, Dessert.

Holt.

Von 12 bis 14 Monaten:

Die täglichen Mahlzeiten für dieses Alter sind folgendermaßen:

6½ Uhr. 180 bis 250 g Milch mit 60 bis 90 g Gersten- oder Haferschleim verdünnt.
9 „ 30 bis 60 g Apfelsinensaft.

10 Uhr. 2 Teile Milch, 1 Teil Gersten- oder Haferschleim, zusammen 200 bis 260 g.
2 „ 30 bis 60 g Fleischsaft oder das Weiße von einem Ei, weich gekocht, später das ganze Ei oder 120 bis 180 g Hammel- oder Hühnersuppe. 120 bis 180 g Milch und Haferschleim in Proportionen wie oben angegeben.
6 „ Dasselbe wie um 10 Uhr.
10 „ Dasselbe wie um 6½ Uhr.

Von 14 bis 18 Monaten.

6½ Uhr 240 bis 300 g gewärmte Milch.
9 „ 60 bis 90 g Apfelsinensaft.
10 „ Stärkehaltige Nahrung: 1, später 2 bis 3 Eßlöffel Hafermehl, Farina (Kindermehl) oder Weizengrütze, mindestens 3 Stunden lang gekocht, während des ersten Monats ist es empfehlenswert diese Nahrung durchzusieben, man fügt 30 bis 60 g dünne Sahne oder Milch und Sahne mit genügend Salz, aber keinen Zucker hinzu; dann 1 Stück geröstetes trockenes Brot oder ungesüßten Zwieback oder 1 Huntley und Palmers Frühstück Biscuit. 180 bis 240 g Milch.
2 „ 30 bis 60 g Fleischsaft, 1 weich gekochtes oder geriebenes Ei und 1 Eßlöffel voll gekochten Reis (4 Stunden lang gekocht) oder 120 g Hammel- oder Hühnerbrühe, 1 oder 2 Frühstücksbiscuits oder Zwieback und (wenn alle Zähne vorhanden sind) gutes geschabtes Fleisch, zuerst einen Kaffeelöffel, allmählich bis einen Eßlöffel voll.
6 „ Stärkehaltige Nahrung: 2 Eßlöffel Farina (Kindermehl) *cream of wheat*, oder arrowroot, mindestens eine halbe Stunde lang gekocht, angerichtet mit Milch, genügend Salz, aber ohne Zucker, oder Brot und Milch oder geröstetes Brot mit Milch. 240 bis 300 g Milch.
10 „ 240 bis 300 g Milch.

Von 18. Monaten bis zu 2 Jahren.

Die Quantität fester Nahrung kann jetzt vergrößert werden. Die Zahl der Mahlzeiten muß dieselbe bleiben wie bei der früheren Periode. Geschmortes Obst, wie z. B. das Fleisch von Backpflaumen, aber durchgesiebt, kann zum Mittagessen gegeben werden. Im allgemeinen ist es besser, Obst und Milch nicht gleichzeitig zu geben. Nichts weiter als Wasser sollte zwischen den Mahlzeiten gegeben werden. Es ist besser, Kartoffeln und Gemüse dem Kinde erst nach Vollendung des zweiten Jahres zu geben.

Kerley.

Ernährung nach dem 1. Jahre.

In der Regel gibt Kerley der Mutter nach Vollendung des 12. Monates ihres Kindes einen Diätzettel mit der Instruktion, allmählich mit der andern erlaubten Nahrung zu beginnen, um die Verdauung des Kindes zu prüfen. Jede neue Nahrung muß mit größter Sorgfalt zubereitet und zuerst in kleinen Quantitäten gegeben werden. Alle Mahlzeiten müssen regelmäßig gereicht werden und nichts zwischendurch.

Vom 12. bis zum 15. Monat (5 Mahlzeiten täglich).

7 Uhr. Hafer-, Gersten- oder Weizenmehlbrei, 1 oder 2 Eßlöffel voll in 240 g Milch. Altbackenes Brot und Butter oder Zwieback und Butter.
9 „ Der Saft einer Apfelsine.
11 „ 1 oder 2 Eßlöffel gutes geschabtes Rindfleisch mit einer gleichen Quantität Brot gemischt und mit etwas Fleischsaft angefeuchtet. Oder ein weich gekochtes Ei mit einigen Bröckchen altbackenen Brotes vermischt, 1 Zwieback und 300 g Milch.

2 Uhr. Brühe von Rind-, Hühner- oder Hammelfleisch mit Reis gekocht oder etwas altbackenes Brot in die Brühe gebrockt. Wenn das Kind danach verlangt, 180 g Milch. Altbackenes Brot und Butter oder Zwieback und Butter. Einige Kinder in diesem Alter nehmen gern Apfelmus oder das Fleisch gebackener Pflaumen und vertragen es auch ganz gut; wird dies gegeben, so muß die Milch weggelassen werden.

6 „ 2 Eßlöffel voll Brei irgend einer Getreideart in 240 g Milch und 1 Zwieback. Altbackenes Brot und Butter oder Huntley und Palmers Frühstück-Bisquits.

10 „ 1 Eßlöffel Mehlbrei in 240 g Milch.

Vom 15. bis zum 18. Monat (4 Mahlzeiten täglich).

7 Uhr. Hafermehl, hominy, cornmeal (2 Arten Maismehl) 3 Stunden lang am Tage vor dem Gebrauch zu kochen. Wenn die Masse gekocht ist, muß sie das Aussehen eines dünnen Breies haben. Dieser wird dann durchgeseiht und nach dem Erkalten wird die Masse gelatinartig. Davon gibt man 2 oder 3 Eßlöffel voll mit Milch und Zucker oder Butter und Zucker oder Butter und Salz, 240 bis 300 g Milch zum Trinken. Zwieback oder geröstetes Brot.

9 „ Den Saft einer Apfelsine.

11 „ 1 weich gekochtes Ei mit einigen Brocken altbackenen Brotes gemischt oder 1 Eßlöffel voll geschabtes Rindfleisch mit einigen Brocken altbackenen Brotes und etwas Fleischsaft vermischt. Etwas Milch zum Trinken. Zwieback oder Bisquit oder altbackenes Brot und Butter.

2 „ Hammel-, Hühner- oder Rindsbrühe mit Reis oder eingebrocktem Brot. Custard, cornstarch (ersteres ein Brei von Ei, Milch und Mehl, das zweite ein Maismehlbrei), einfachen Reispudding, junket (eine mit weißem Käse zubereitete Speise), geschmorte Backpflaumen, gebackene Äpfel oder Apfelmus.

6 „ Farina, cream of wheat, wheitena (Nährmittel), 2 Stunden lang gekocht. 1 bis 3 Eßlöffel voll mit Milch und Zucker, Butter und Zucker oder Butter und Salz. Etwas Milch zum Trinken. Zwieback oder altbackenes Brot und Butter.

Vom 18. bis 24. Monate (4 Mahlzeiten täglich).

7 Uhr. Hafermehl, hominy, cornmeal (Maismehle) zubereitet wie oben, angerichtet mit Butter und Zucker, Milch und Zucker oder Butter und Salz. 1 weich gekochtes Ei alle 2 oder 3 Tage. Von Zeit zu Zeit etwas gewiegtes Huhn auf geröstetem Brot. Etwas Milch zum Trinken. Bisquit und Butter oder altbackenes Brot und Butter.

9 „ Den Saft einer Apfelsine.

11 „ Gutes geschabtes oder gehacktes Rindfleisch, das weiche Fleisch eines Lammkotelettes sehr fein geschnitten. Huhn; Spinat; Spargelköpfe, squash (eine Kürbisart), durchgeseihte gekochte Tomaten, Karotten, gestampften Blumenkohl. Gebackene Äpfel oder Apfelmus. Etwas Milch. Altbackenes Brot und Butter. Nach dem 21. Monat können geröstete Kartoffeln und gut gekochte Wachsbohnen gegeben werden.

2 „ Hühner-, Rind- oder Hammelbrühe mit Reis oder etwas eingebrocktem Brot. Custard (Pudding aus Milch, Ei und Mehl), cornstarch (Pudding aus Maismehl) oder einfachen Reispudding, junket (eine aus weißem Käse zubereitete Speise), geschmorte Pflaumen. Etwas Milch zum Trinken. Bisquit und Butter oder altbackenes Brot und Butter.

6 „ Farina, cream of wheat, wheitena (Nährmittel), 2 Stunden lang zu kochen. Man gebe davon 1 bis 3 Eßlöffel voll, angerichtet mit Milch und Zucker, Butter und Zucker oder Butter und Salz.

Vom 2. bis zum 3. Jahre (3 Mahlzeiten täglich).

Frühstück: 7 bis 8 Uhr. Hafermehl, hominy (Maismehl), cracked wheat (ist 3 Stunden lang zu kochen, am Tage vor dem Gebrauch), mit Milch und Zucker oder Butter und Zucker. Ein weich gekochtes Ei, Lammkotelette, gewiegtes Hühnerfleisch. Altbackenes Brot und Butter. Etwas Milch zum Trinken.

Um 10 Uhr kann der Saft einer Apfelsine gegeben werden.

Mittagessen: 12 Uhr. Durchgesiebte Suppe und Brühe, gutes Beefsteak, gutes Roastbeef, Geflügel, Fisch. Gebackene Kartoffeln, Schoten, Wachsbohnen, squash (Kürbisart), gestampfter Blumenkohl, durchgesiebte geschmorte Tomaten, Karotten, Spinat, Spargelköpfe. Brot und Butter. Ein Glas Milch. Zum Dessert: einfachen Reispudding, einfachen Brotpudding, geschmorte Backpflaumen, gebackene oder geschmorte Äpfel, junket, custard oder cornstarch.

Abendbrot: Farina, cream of wheat, wheatena (Nährmittel), 2 Stunden lang zu kochen. Man gebe davon 1 bis 3 Eßlöffel mit Milch und Zucker, Butter und Zucker oder Butter und Salz. Etwas Milch zum Trinken. Zwieback oder altbackenes Brot und Butter. Zweimal wöchentlich kann custard, cornstarch oder junket gegeben werden oder ein Eßlöffel einfaches Vanille-Eiscreme.

Im allgemeinen sind für Kinder dieses Alters 3 Mahlzeiten genügend. Bei 3 Mahlzeiten hat das Kind besseren Appetit und eine viel bessere Verdauung und gedeiht daher auch viel besser als solche Kinder, deren Magen ununterbrochen zu arbeiten bekommen.

Einige Kinder müssen jedoch etwas gegen 3 bis 3½ Uhr bekommen, weil die Pause zu lang ist. — Es ist dies besonders bei schwächlichen Kindern der Fall, insbesondere bei solchen von etwa 1½ bis 2 Jahren. Wenn es durchaus notwendig ist, zu dieser Stunde Nahrung zu reichen, so gebe man 1 Glas Milch und 1 Graham Biscuit oder 1 Tasse Brühe und Zwieback. Anstatt der Nachmittagsmahlzeit kann das Kind auch einen rohen geschabten Apfel oder eine Birne erhalten. Obst ist für diese Stunde besonders zu empfehlen, wenn Verstopfung vorliegt. — Kinder, welche von einer ernsten Krankheit genesen, müssen öfter Nahrung zu sich nehmen.

Koplik:

Ernährung vom 12. bis zum 18. Monate (4 bis 5 Mahlzeiten täglich).

Bei jeder Mahlzeit muß Milch mit Zwieback oder cracker (eine Art Biscuit) die Hauptnahrung bilden. Ein Ei ist täglich zu geben und zwar ist mit einem halben Ei anzufangen und allmählich etwas mehr zu geben, bis ein ganzes Ei erreicht ist. In diesem Alter kann auch Obstsaft, wie z. B. der Saft von Apfelsinen oder von Backpflaumen, gegeben werden, ganz besonders solchen Kindern, welche an Rachitis oder Verstopfung leiden. Der Saft einer halben Apfelsine wird von den meisten Kindern mit Appetit genommen.

Die Tagesordnung für das Kind setzt sich aus 4 oder 5 Mahlzeiten zusammen. Leiden die Kinder an Rachitis, so erlaubt der Autor außer der Nahrung im untenstehenden Diätzettel eine kleine Portion Hühnerfleisch, etwa soviel, wie man an einem Hühnerbein vorfindet. Man gibt dies einmal täglich.

Milch: 150, 200 bis 600 g täglich (1/4, 1/2 bis 1 pint).

Mehlige Nahrung: Zwieback oder crackers, von jedem 2 täglich, sponge cake (leichter Kuchen) in der Form von langen gezuckerten Schnitten, Gersten- oder Hafermehl (letzteres muß durchgesiebt werden) in Form eines Breies, einmal täglich.

Eier: Ein weich gekochtes oder gerührtes Ei.

Fleisch: Ausgepreßter Fleischsaft mit einer gleichen Quantität Gerstenschleim gemischt, je nach Geschmack leicht gesalzen, ungefähr 60 bis 120 g.

Ernährung vom 18. Monate bis Ende des zweiten Jahres.

Zu dieser Zeit wird das Kind auf eine gemischte Diät von kohlenhydrat- und stickstoffhaltiger Nahrung gesetzt, welche in der Hauptsache aus Milch bestehen muß und die Basis der Diät bildet, außerdem Eier, Suppen oder Fleischsaft, Rindfleisch, Huhn, Gemüse, Mehlspeisen, und zwar auf 4 Mahlzeiten verteilt.

Milch: Einige Kinder nehmen in dieser Zeit sehr viel Milch, andere wieder nur wenig.

Eier: Die Eier müssen weich gekocht oder gesotten sein; einige Kinder nehmen wenigstens täglich 1 Ei, andere 2 Eier, andere wieder wollen überhaupt gar keine Eier essen.

Suppe: Die Eltern sind sehr oft geneigt, den Kindern Suppenportionen zu geben wie für Erwachsene. Dies ist nicht zu empfehlen, da sie andere Nahrung, wie z. B. Milch, ersetzt und die Suppe große Quantitäten Salz und andere unlösliche Substanzen enthält, wie z. B. Kreatin. Die Quantität darf 4 ounces (120 g) nicht überschreiten.

Fleisch: Das einfache gekochte Fleisch ist für Kinder am besten. Das Innere eines Lammkoteletts, ein kleines Stück sehr gut gebratenen Beefsteaks, Roastbeefs oder Huhn. Wild, fettes Fleisch, wie z. B. Hammel- und Schweinefleisch, Schinken muß vermieden werden.

Gemüse: Kartoffeln, Schoten, Bohnen, Karotten, Spinat. Grünes Gemüse ist besonders zu empfehlen, da es Eisen enthält. Alles Gemüse muß in gestampfter Form gegeben werden.

Mehlspeisen: Gerstenmehl, Reis, granum (Kindermehl) wheatena (Nährmittel) Hafermehl, Zwieback, Bisquits jeder Art, Kakao und farina (Nährmittel).

Obst: Der Saft einer Apfelsine, reife Äpfel und Birnen, gebackene Pflaumen oder der Saft davon.

Bei Kinderernährung muß vermieden werden: Essig, Kohl, Salat, Kaffee, Tee, Wein und Suppe, welche eine große Quantität Stärke enthält.

Ein Speisezettel für die oben genannte Nahrung kann folgendermaßen aufgestellt werden:

Bis zu Ende des dritten Jahres:

Frühstück, 8 Uhr: Der Saft einer Apfelsine, 300 g Milch mit oder ohne Zusatz von Mehl. Eine Scheibe Brot oder Bisquit und 1 Ei.

Mittagessen, 1 Uhr: 120 g Suppe, 75 g Fleisch mit Gemüse und 1 Obstdessert, etwas Milch.

Vesper, 4 Uhr: 250 c. c. Milch oder Kakao mit Zwieback oder Bisquit.

Abendbrot, 6½ Uhr: 1 weiches Ei, 250 c. c. Milch, Bisquit, gerührter Reis oder farina (Kindermehl) mit Milch.

Süßigkeiten: Älteren Kindern täglich ein Stückchen der gewöhnlichen guten Schokolade, erlaubt.

Thomson

Nahrung vom 12. bis zum 18. Monate.

Zur Mittagsmahlzeit kann das Kind entweder gestampfte Kartoffeln, Zwieback oder Brotkrumen mit Fleischsaft, ein weich gekochtes Ei, einen Pudding aus Mehl und Eiern, gut gekochte Haferflocken oder irgend eine andere leichte Mehlspeise erhalten.

Nahrung vom 18. Monate bis zu 2 Jahren.

Für kräftige Kinder in diesem Alter sind 4 Mahlzeiten täglich genügend, und wird das Baby seine Abendmahlzeit oft weglassen und bis zum Morgen durchschlafen. Etwas Fisch, Huhn, Kaninchen, ja sogar Fleisch vom Schlächter, gebackener Speck oder ein weich gekochtes Ei kann nur zur Mittagsmahlzeit gegeben werden. Das Fleisch muß gewiegt oder geschabt sein, da man von dem Kinde ein Kauen noch nicht verlangen kann. Die Portionen der gestampften Kartoffeln sowie des Puddings sind zu vergrößern und geschmortes Obst und durchgesiebtes Gemüse kann gegeben werden. Brot und Butter kann in kleinen Mengen erlaubt werden.

Alkohol, Tee, Kaffee und jede Art von Gewürzen sollen niemals zur Bereitung von Kindernahrung verwendet werden, ebenso sind Pasteten und Käse unstatthaft. Derartige Sachen sind meistens die Ursachen ernsthafter Krankheiten bei schwächlichen Kindern.

Es ist von Wichtigkeit, daß während des zweiten Lebensjahres die Milchmengen verringert werden (600 bis 800 g). Mehlige und andere feste Nahrung muß zu gleicher Zeit mit der Milch gegeben werden, aber sie darf dieselbe nicht im großen Umfange ersetzen. Vernachlässigung dieser Regel ist oft die Ursache großer Schwäche und Krankheit bei den Kindern.

Ist das Kind zwischen den Mahlzeiten durstig, so schadet es nichts, wenn man ihm etwas Wasser zu trinken gibt, und wenn sich die Mahlzeit verzögert, so kann es ein Glas Milch oder ein Bisquit bekommen. Unter gewöhnlichen Verhältnissen jedoch ist häufiges Essen von Bisquits und Süßigkeiten zwischen den Mahlzeiten durchaus nicht zu empfehlen.

Notizen über Merkblätter.

1. Vaterländischer Frauenverein (Hauptverein).

„Ratschläge für die Ernährung und Pflege der Kinder im ersten Lebensjahre". Es existieren drei Ausgaben: Nr. I wird in Flensburg, Croppenstedt, Altwasser, Freudenberg, Coblenz (Land), Lübben, Vallendar verteilt und stimmt wörtlich überein mit dem Flugblatt I des Agnes-Frauenvereines für das Herzogtum Sachsen-Altenburg, das im Bereich des Herzogtums durch die Standesämter verteilt wird. — Nr. II wird in Schmargendorf, Sigmaringen, Luckau, Vlotho, Gr.-Lichterfelde, Neurode, Kevelaer, Brandenburg a. H., Hohenwestedt, Kerken ausgegeben. — Nr. III ist die „Neue Ausgabe".

Über die Unterschiede zwischen den Ausgaben einige Bemerkungen:

Nr. I: Ein gesundes Kind braucht nachts höchstens einmal, tagsüber alle 2 Stunden, später alle 3 Stunden die Brust.

Nr. II: Zweistündiges Anlegen ist meist unnötig und oft schädlich. Ein Neugeborenes soll in 24 Stunden in der Regel nicht öfter als alle 3 Stunden und im ganzen nur sechsmal, ein älterer Säugling im ganzen fünfmal angelegt werden. Nachts soll keine Nahrung gegeben werden.

Nr. III: Es ist ein Fehler, einen Säugling öfter als sechsmal an die Brust zu legen. Fünf Mahlzeiten genügen und gewährleisten ein ungestörtes Gedeihen. Zweistündiges Anlegen führt häufig zu schweren Störungen.

Künstliche Ernährung.

I läßt die Milch nur mit Schleim verdünnen und Milchzucker oder weißen Kandiszucker zusetzen; II und III lassen mit Wasser oder Schleim verdünnen und pro Mahlzeit $\frac{1}{2}$ bis 1 Teelöffel Zucker zusetzen.

Zu jeder Mahlzeit:

I:		II und III:	
1. Woche	1 Eßlöffel Milch, 3 „ Schleim, alle 2 Stunden	1. Woche	Höchstens 4 Strich: $1/3$ Milch, 6 Mahlzeiten
2. „ / 3. „	2 Eßlöffel Milch, 4 „ Schleim, alle $2^1/_2$ Stunden	2. „	5 bis 6 Strich: $1/3$ Milch, 6 Mahlzeiten
4. „ / 5. „ / 6. „	$2^1/_2$ Eßlöffel Milch, $3^1/_2$ „ Schleim, alle 3 Stunden	3. „ / 4. „	6 bis 7 Strich: $1/3$ Milch, 6 Mahlzeiten
7. „ / 8. „	5 Eßlöffel Milch, 3 „ Schleim	2. Monat	7 bis 9 Strich: $1/2$ Milch, 6 Mahlzeiten
3. Monat	6 Eßlöffel Milch, 2 „ Schleim	3. „	10 bis 11 Strich: $1/2$ Milch, 5 Mahlzeiten
Vom 4. bis 8. „	9 Eßlöffel Milch, 2 „ Schleim	4. bis 6. „	10 bis 11 Strich: $2/3$ Milch, 5 Mahlzeiten
Nach dem 8. „	Vollmilch alle 3 bis $3^1/_2$ Stunden.	Nach dem 6. Monate Vollmilch.	

2. **Vaterländischer Frauenverein (Provinzialverband Ostpreußen) und Verein Königsberger Ärzte.** „Regeln für die Ernährung und Pflege des Kindes im ersten Lebensjahre". Verfasser Professor Falkenheim.

1. Woche	$1/3$ Milch	Zusatz in den ersten Wochen Wasser, dann Schleim.
Dann	$1/2$ „	
Vom 3. Monat an	$2/3$ „	
„ 7. „ „	Vollmilch	

Am Tage 3stündlich, nachts keine Mahlzeit.

3. **Westpreußische Ärztekammer.**

			Milchmenge
1. Woche	$1/3$ Milch		1. Monat $1/2$ bis $3/4$ Liter Milch
Bis zu 6 Wochen	$1/2$ „	mit Wasser	2. und 3. „ $3/4$ „ „
Bis zum 3. Monate	$2/3$ „	und Zucker	4. bis 6. „ $3/4$ – 1 „ „
Dann	$3/4$ „		7. – 12. „ 1 – $1^1/_2$ „ „

6 Mahlzeiten in 24 Stunden; zu jeder Mahlzeit wird, mit dem Alter steigend, $1/2$ bis 1 Teelöffel Zucker oder Milchzucker zugesetzt. Das frühe Füttern mit Schleim, Mehl oder Semmelbrei ist ganz zu verwerfen. Im allgemeinen dürfen erst nach dem 6. Monate Schleimabkochungen der Milch zugefügt werden.

4. **Verein der Medizinalbeamten des Regierungsbezirkes Düsseldorf:** zuerst 1893 zusammengestellt; 1908 nach Beschluss mit dem Vereine für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf eine Jubiläumsausgabe erschienen. Nach dem Düsseldorfer Merkblatt ist offenbar ein anderes, das z. B. in Weiden, Bruck, Karken verteilt wird, redigiert worden, die dabei vorgenommenen Änderungen und Verschlechterungen.

Um die Unterschiede zu charakterisieren, wie sie in den Vorschriften für künstliche Ernährung in den verschiedenen Ausgaben zum Ausdruck kommen, habe ich in einer Tabelle die hauptsächlichsten Bestimmungen der Ausgaben des Düsseldorfer Merkblattes vom Jahre 1893, 1899, 1905 und der Jubiläumsausgabe 1908 nebeneinander gestellt.

Künstliche Nahrung pro Tag.

Angabe von 1892					Angabe von 1899					Angabe von 1895					Angabe von 1908			
	Zahl d. Mahlzeiten	Mischung	Gesamtmenge	Milchmenge		Zahl d. Mahlzeiten	Mischung	Gesamtmenge	Milchmenge		Zahl d. Mahlzeiten	Mischung	Gesamtmenge	Milchmenge	Zahl d. Mahlzeiten	Mischung	Gesamtmenge	Milchmenge
1. Monat	7	1:3	560	140	1. u. 2. Woche	8	1:2	375	125		8	1:2	375	125	6 (7)	3:5	6-900	3-400
					3. u. 4. "	8	3:2	560	185	3. Woche	8	1:2	560	185				
										4. "	7	1:1	750	375				
2. "	7	1:2	700	245		7	1:2	750	250		6	1½:1	875	[illegible]	6	4:5	900	400
3. "	7	1:1.5	840	350		6	1:1	750	375						6	5:4	900	500
4. "	7	1:1	910	455		6	1½:1	875	500		6	2:1	1000	625	6	2:1	900	600
5. "	7	2:1	910	595		6	2½:1	875	625						6	7:2	900	700
6. "	7	2.5:1	980	700		6	3:1	1000	750		6	3:1	1000	750	6	4:1	1000	800
7. "	7	4:1	1050	840		6	3:1	1000	750						6 (5)	9:1	1000	900
8. "	7	4.5:1	1120	910		6	4:1	1250	1000		6	4:1	1250	1000	6	9:1	1000	900
9. "	7	5.5:1	1190	1050		6	4½:1	1375	1125						5	Vollmilch	—	1000
10. "	7	17:1	1260	1190		6	Vollmilch	1375			6	Vollmilch	1250		—	—	—	—
11. "	7	Vollmilch	1330	1330		6		bis					bis		—	—	—	
12. "	7	–	1400	1400		6		1500					1500		—	—		—

5. **Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirke Düsseldorf.** Der Text des Merkblattes stammt von Dr. Baur und Dinser, die künstlerische Ausführung nach einem Entwurf von Prof. Gregor von Bochmann.

6. **Greifswalder Säuglingsfürsorge.** Es existiert ein kurzes Merkblatt, das im wesentlichen der Stillpropaganda dient und bezüglich künstlicher Ernährung an den Arzt verweist sowie ein ausführlicheres.

Tabelle über Milchmischung.

Monat	Woche	Zahl der täglichen Mahlzeiten		Jede einzelne Mahlzeit enthält		
				Milch	abgekochtes Wasser	Zucker
1	1	6	1 großer Eßlöffel entspricht einem Strich	1 Eßlöffel	2 Eßlöffel	1/2 Teelöffel pro Flasche
	2 bis 4	6		2 „	4 „	1/2 „ „ „
2	5 „ 6	6		3 „	4 „	1/2 „ „ „
	7 „ 8	6		4 „	4 „	1/2 „ „ „
3	9 „ 10	6		5 „	4 „	3/4 „ „ „
	11 „ 13	6		6 „	4 „	1 „ „ „
4	14 „ 16	6		7 „	3 „	1 „ „ „
	17 „ 18	6		7 „	3 „	1 „ „ „
5	19 „ 22	6		8 „	2 „	1 gehäufter Teelöffel pro Flasche
6	23 „ 26	5		10 „	2 „	1 „ „ „ „
7	27 „ 31	5		11 „	1 „	1 „ „ „ „
8	32 „ 35	5		12 „	1 „	1 „ „ „ „

Vom 9. Monate an: ein Liter Milch auf 5 Mahlzeiten verteilt.

7. **Oberwesterwaldkreis.**

Ein Beispiel für jene Merkblätter, welche nur ein paar Zeilen über Stillen bringen und das ganze übrige der künstlichen Ernährung widmen.

Für Zubereitung der Nahrung die älteste Soxhletsche Vorschrift, aber noch $\frac{3}{4}$ Stunden langes Kochen.

Man nehme:

im 1. Monate 1 Teil Milch und 3 Teile Wasser
„ 2. „ 1 „ „ „ 2 „ „
„ 3. „ 1 „ „ „ 1½ „ „
„ 4. „ 1 „ „ „ 1 „ „
„ 5. „ 2 „ „ „ 1 „ „
„ 6. „ 2½ „ „ „ 1 „ „
„ 7. „ 4 „ „ „ 1 „ „
„ 8. „ 4½ „ „ „ 1 „ „
„ 9. „ 7½ „ „ „ 1 „ „
vom 10. „ ab reine Milch.

Zu jeder Mahlzeit, mit dem Alter steigend, $\frac{1}{4}$ bis 1 Teelöffel Zucker.

8. **Bayrischer Frauenverein vom Roten Kreuz.** — Verfasser Privatdozent Dr. Trumpp — München. Das Merkblatt ist die Grundlage für das unter 1 angeführte des Vaterländischen Frauenvereins und für die neuen Ratschläge der

9. **Zentrale für Säuglingsfürsorge in Bayern.** Die letzteren sind betreffs Stillens noch ausführlicher und enthalten besonders bezüglich künstlicher Ernährung einige Veränderungen:

Frauenverein.

Verdünnung mit Wasser oder Schleim und Zusatz von 1/2 bis 1 Kaffeelöffel Zucker pro Mahlzeit

pro Mahlzeit

1. Woche	6 mal	1	Eßlöffel Milch	2	Eßlöffel Schleim
2. und 3. „	6 „	2	„ „	3	„ „
4. bis 6. „	6 „	3½	„ „	3½	„ „
7. und 8. „	5 „	6	„ „	4	„ „
9. bis 12. „	5 „	7	„ „	4	„ „
4. „ 8. Monat	5 „	9	„ „	3	„ „
Nach dem 8. „	4 bis 5 „	Vollmilch			

Zentrale.

Verdünnung mit Schleim (auf 1/2 Liter 1 gehäufter Eßlöffel Kandiszucker oder 2 Eßlöffel Milchzucker und eine Messerspitze Salz).

pro Tag

1. Woche	[illegible] l Milch	[illegible] l Schleim	[illegible] Mahlzeiten
2. bis 4. „	[illegible] l „	[illegible] l „	6 „
2. Monat	[illegible] l „	[illegible] l „	5 „
3. „	[illegible] l „	[illegible] l „	5 „
4. „	1/2 l „	1/4 l „	5 „
5. – 6. „	[illegible] l „	[illegible] l „	5 „
vom 7. „	an kann Vollmilch gegeben werden.		

10. **Ärztliche Bezirksvereine der Oberpfalz.**

Mahlzeiten bei Tage alle 2 bis 3 Stunden, Nachts 2 bis 3 mal. Man verdünnt die Milch anfangs mit etwa 2 Teilen Wasser. Wird dieses Gemisch gut vertragen, so nimmt man allmählich immer mehr Milch, bis man zuletzt die unverdünnte Milch gibt. Der Bedarf an Milch steigt von einem halben Liter im ersten bis zu einem ganzen Liter und darüber vom vierten Lebensmonate ab für den Tag.

11. **Verein sächsischer Bezirksärzte.**

„Du sollst deinem Kinde in 24 Stunden 5 — höchstens 6 — in den ersten 4 Wochen, wenn nötig, 6 bis 7 mal die Brust reichen."

Für künstliche Ernährung folgendes:

Im 1. Monat [illegible] Liter Milch mit [illegible] Liter Wasser oder Schleim und 2 gestrichenen Eßlöffeln Zucker.

Im 2. und 3. „ [illegible] Liter Milch mit [illegible] Liter Wasser oder Schleim und 2 gestrichenen Eßlöffeln Zucker.

Im 4. bis 6. „ [illegible] Liter Milch mit [illegible] Liter Wasser oder Schleim und 2 gestrichenen Eßlöffeln Zucker.

Vom Ende des 6. Monats an kann unverdünnte Milch versucht werden.

Ein Säugling braucht durchschnittlich

in der 1. Woche	7 mal täglich	etwa 3 bis	5 Strich
„ „ 2. bis 4. „	6 „ „		5 „
„ „ 5. „ 8. „	6 „ „		6 „
„ „ 9. „ 12. „	5 „ „	7 „	9 „
im 4. „ 8. Monat	5 „ „	10 „	12 „

12. **Königliches Medizinalkollegium in Stuttgart.**

Als Zusatz zur Kuhmilch: Wasser, Fencheltee, Hafer- oder Gerstenschleim; pro Flasche eine Messerspitze Zucker, wenn möglich Milchzucker.

Im 1. Monat $^1/_3$ Milch	8 Mahlz.		bis 800 g Nahrung
„ 2. „ $^1/_2$ „	6 „		600 — 900 g „
„ 4. „ $^2/_3$ „	6 „	im 3. Monat	800 — 1000 g „
vom 6. „ ab Vollmilch	6 „	vom 4. bis 9. „	900 — 1200 g „

13. **Fürstentum Schwarzburg-Sondershausen.**

Zusatz: Schleim und per Mahlzeit eine Messerspitze Zucker.

Im 1. Monat $^1/_4$ Milch
„ 2. „ $^1/_3$ „
„ 3. „ $^2/_5$ „
„ 4. „ $^1/_2$ „
„ 5. „ $^1/_2$ „
„ 6. „ $^2/_3$ „
„ 7. „ $^3/_4$ „
„ 8. „ Vollmilch

Trinkmenge

am 1. Tage	etwa	6 mal	je	5 g
„ 2. „	„	8 „	„	15 g
„ 3. bis 8. „	„	8 „	„	25 bis 60 g
„ 9. „ 28. „	„	6 bis 8 „	„	60 „ 90 g
in der 4. Woche	„	6 „ 7 „	bis zu	100 g
im 2. Monat	„	6 „	„	100 „ 120 g
„ 3. „	„	5 „ 6 „	„	120 „ 160 g
„ 4. bis 9. Monat	„	4 „ 7 „	„	160 „ 240 g

14. **Fürstentum Reuß** und ähnliche, Amtshauptmannschaft Rochlitz, Thum, Hartmannsdorf, Glashütte, Potschappel, Penig, Auerbach, Kötzschenbroda, Rochlitz, Wurzen, Brackt. Im wesentlichen verständige Angaben über Stillen, bei künstlicher Ernährung Verweisung an ärztlichen Rat.

15. **Sigmaringen** vom 11. Oktober 1858.

„Die zuträglichste und naturgemäße Nahrungsquelle für das neugeborene Kind ist immer die Mutterbrust, welche dem Kind wenige Stunden nach der Geburt und von da ab, mit Ausnahme der Nächte, wo längerer Schlaf eintritt, in möglichst regelmäßigen Zwischenräumen von $1^1/_2$ bis $2^1/_2$ Stunden gereicht werden muß."

Als Zusatz zur Tiermilch Wasser und Zucker. Anfangs ein Drittel und langsam steigend bis zu drei Vierteilen frisch gemolkene Kuh- oder Ziegenmilch.

16. Das **neuere** Merkblatt für **Sigmaringen** stimmt im großen ganzen mit dem des Vereins der Medizinalbeamten des Regierungsbezirkes Düsseldorf, Ausgabe von 1903, überein.

17. Städtisches Waisenamt **Cöln** (Nr. I), Stadt **Mülheim a. Rh.** (Nr. II) Säuglingsfürsorge der Stadt **Kalk** (Nr. III). Das Merkblatt von Gelsenkirchen enthält den ersten auf Stillen bezüglichen Teil in der Mülheimer Fassung; bei der künstlichen Ernährung folgt nur ein Hinweis auf die städtische Milchküche.

Die drei erstgenannten Merkblätter sind im großen ganzen gleich, enthalten nur in einzelnen Vorschriften bestimmte Unterschiede. Dafür einige Beispiele: Nr. I und Nr. II lassen tagsüber alle 3 Stunden anlegen, vom 3. Monat an genügt 5 bis 6 mal, Nr. III anstatt dessen alle 3 bis 4 Stunden, vom 3. Monat an 5 mal.

Künstliche Ernährung.

	Nr. I.	Nr. II.
1. Monat	7 mal 1 bis 2 Strich Milch 2 bis 4 Strich Wasser 1 Kaffeel. Zucker o. Milchz.	dito
2. bis 3. Monat	6 mal 3 bis 5 Strich Milch 3 bis 5 Strich Wasser 1 Kaffeelöffel Zucker	6 mal 3 bis 4 Strich Milch 3 bis 4 Strich Wasser 1 Kaffeelöffel Zucker
4. bis 6. Monat	5 bis 6 mal 6 bis 8 Strich Milch 3 bis 4 Strich Wasser 1 Kaffeelöffel Zucker	6 mal 5 bis 7 Strich Milch 2½ bis 3½ Strich Wasser 1 Kaffeelöffel Zucker
Vom 7. (oder 8.) Monat an	5 mal 9 bis 15 Strich Vollmilch	6 mal 7 bis 8 Milch 3½ bis 4 Wasser 1 Kaffeelöffel Zucker vom 9. Monat an 5 mal 10 bis 12 Strich Vollmilch

Nr. III.

1. Monat		in den ersten 3, besser sogar 5 Tagen nur Brust oder Tee, keine Kuhmilch
	bis Ende der 2. Woche 6 mal	1 bis 2 Strich Milch 2 bis 4 Strich Wasser ½ Teelöffel Zucker
	bis Ende des 1. Monats 6 mal	2 bis 3 Strich Milch 4 bis 5 Strich Wasser 1 Teelöffel Zucker
2. bis 3. Monat	6 bis 5 mal	4 bis 5 Strich Milch 4 bis 5 Strich Wasser 1 Teelöffel Zucker
4. bis 7. Monat	5 mal	6 bis 10 Strich Milch 4 bis 2 Strich Wasser 1 Teelöffel Zucker
vom 8. Monat an	5 mal	10 bis 12 Strich Vollmilch

I. Vom 8. Monat an eine Flasche ersetzt durch leicht gesalzene Mehl- oder Grießsuppe, später Zwieback, Grieß, Reis in Milch.

I. und II. Eier oder Fleisch, Obst, Gemüse, Kartoffel oder dergleichen sind im ersten Jahre niemals notwendig, oft schädlich.

III. Vom 8. Monat an einmal Suppe aus Mehl, Grieß, Grütze, Reis mit Wasser oder Fleischbrühe, etwas Butter und Salz gekocht, danach kleine Mengen von Gemüse, Kartoffelbrei oder gekochtem Obst.

18. Magistrat der Stadt **Magdeburg**.

In den ersten Wochen 6 mal, später 5 mal anlegen.

Bei künstlicher Ernährung verdünne man in den ersten 6 Wochen mit der doppelten, bis zum 6. Monat mit der gleichen Menge Wasser. Nach dem 6. Monat wird die Milchmenge langsam gesteigert, so daß das Kind am Ende des 1. Lebensjahres 1 Liter Milch erhält.

Nach dem 3. Monat anstatt Wasser *Schleim* erlaubt; nach dem 6. Monat Grieß- oder Reisbrei, Gemüse.

19. Gemeindewaisenamt **Mühlhausen**.

Die Kuhmilch darf in den ersten 6 Lebensmonaten nur mit Wasser verdünnt und mit einem Zusatz von Zucker gegeben werden. Folgende Mischungen sind dreistündlich zu verabreichen:

In den ersten Lebenstagen 1 Strich Milch mit 2 bis 3 Strich Wasser und 1 St. Zucker
bis zur 6. Woche 2 „ „ „ 3 „ „ „ „
bis zu Ende des 3. Mon. 3 b. [illegible] „ „ „ 3 bis [illegible] „ „ „ „
im 4. Monat 4 „ „ „ 3 „ „ „ „
im 5. Monat 5 „ „ „ 2 bis 3 „ „ „ „
im 6. Monat 6 „ „ „ 2 „ „ „ „
Vom 7. Monat ab kann Vollmilch gegeben werden.

20. Stadt **Posen**. Enthält Angaben über die städtische Milchküche und die städtischen Fürsorgestellen.

Im 1. Monat tagsüber 2 bis 3 stündlich, später 3 bis 4 stündlich, nachts höchstens einmal anlegen lassen.

Für künstliche Ernährung.

Alter des Kindes	Milchmischung für 24 Stunden	Zahl und Größe der täglichen Mahlzeiten
1. Woche 2. „ [illegible] bis [illegible] „	[illegible] Liter Milch [illegible] Liter Haferschleim (oder Wasser) 2 Eßlöffel Milchzucker	7 Mahlzeiten, jedesmal [illegible] bis 70 g 6 „ „ 90 bis 100 g 6 „ „ 100 bis 120 g
bis Ende des 2. Monats 3. „	[illegible] Liter Milch [illegible] Liter Haferschleim (oder Wasser) 2 Eßlöffel Milchzucker	6 Mahlzeiten, jedesmal [illegible] bis 150 g 6 „ „ 150 g
4. bis 6. Monat	[illegible] Liter Milch [illegible] Liter Schleim oder Wasser [illegible] Eßlöffel Milchzucker	6 Mahlzeiten, jedesmal 150 g
vom 7. Monat ab	1 Liter Vollmilch	5 Mahlzeiten, jedesmal 200 g

21. Magistrat **Görlitz.**

„Jedes Kind bedarf im ersten Lebensjahr in 24 Stunden durchschnittlich 7 Mahlzeiten. Nachts wird von Anfang an eine größere Pause von 6 bis 8 Stunden in der Darreichung der Nahrung innegehalten."

22. Magistrat **Cassel.** Das Merkblatt ist 1904 gedruckt.

In den ersten Wochen tagsüber 2stündliche, später 3stündliche Nahrungspausen, nachts eine Mahlzeit.

In den ersten 2 Monaten	1	Teil	Milch	auf	2	Teile	Wasser
im 3. Monat	1	"	"	"	1	"	"
im 4. "	4	"	"	"	3	"	"
im 5. "	3	"	"	"	2	"	"
im 6. und 7. "	2	"	"	"	1	"	"
im 8. "	4	"	"	"	1	"	"
im 9. "	4½	"	"	"	1	"	"

(auf jede Mahlzeit ½ Teelöffel weißer oder Milchzucker).

Vom 10. Monat ab Vollmilch.

23. Städtische Armenverwaltung **Siegen.**

Über Stillen 6 Zeilen, die übrigen 2½ Seiten über künstliche Ernährung. Im allgemeinen genügen für Flaschenkinder 7 (in späteren Monaten 6) Mahlzeiten in 24 Stunden.

Pro Mahlzeit:

In den ersten Lebenstagen	1	Eßlöffel	Milch	2	Eßlöffel	Wasser	15 *g* Milchzucker
2 bis 4. Woche	2	"	"	4	"	"	25 *g* "
4 " 8 Wochen	4	"	"	6	"	"	30 *g* "
2 " 3 Monate	5	"	"	7	"	"	30 *g* "
3 " 5 "	7 bis 8	"	"	7 bis 8	"	"	50 *g* "
Vom 6. "	an Vollmilch.						

24. Stadt **Plauen.**

Merkblatt von Dr. Frucht mit einer Zeichnung von dem bekannten Zeichner Hermann Vogel: „Schützt eure Kindlein vor englischer Krankheit". Im zweiten Teil: Allgemeine Vorschriften über natürliche und künstliche Ernährung, für welch' letztere alle speziellen Verordnungen an den Arzt verwiesen werden.

25. Königliche **Amtshauptmannschaft Plauen,** Instruktion für Zieheltern.

Im 1. Monat	⅓ Milch
Vom 2. bis 6. "	½ "
Nach dem 6. "	Vollmilch.

26. Gemeinde **Kesselner.**

Hinweis auf die kommunale Milchanstalt und das Merkblatt des vaterländischen Frauenvereins.

1. Woche	¼ Milch	mit Wasser oder Schleim und Zucker, am besten Milchzucker.
2. bis 5. "	⅓ "	
2. Monat	½ "	
3. " 7. "	⅔ "	
Vom 7. " 8. "	an Vollmilch.	

27. **Lahr** in Baden.

Nichts über natürliche Ernährung.

Das gesunde Kind trinkt in den ersten 4 Wochen täglich ungefähr ½ Liter Kuhmilch, später 1 Liter (ohne die nötige Verdünnung). Ein Verdünnen der Kuhmilch

mal verdünnt, und zwar mit Wasser oder Schleim. Es bekommt das Kind bis zur 6. Woche 4 Teile (Eßlöffel) Milch und 8 Eßlöffel Schleim, bis zur 12. Woche 7 Teile Milch und 10 Teile Schleim, bis zur 18. Woche 10 Teile Milch und 10 Teile Schleim, bis zur 24. Woche 12 Teile Milch zu 10 Teilen Schleim; von da an alle 14 Tage 2 Eßlöffel Milch mehr und 2 Eßlöffel Schleim weniger bis zur Vollmilch. Zuckerzusatz ist nicht nötig und nur in geringer Menge zulässig.

28. Ärztlicher Verein in **Offenbach a. M.**

In den ersten 8 Tagen 2stündlich, später 3stündlich, nachts nicht anlegen. Bei künstlicher Ernährung tags 2 bis 3stündlich die Flasche, in der Nacht anfangs 2mal, später 1mal.

1. Woche	1/4 Milch	mit Wasser oder Schleim.
Bis Ende des 2. Monats	1/3 „	
3. und 4. Monat	1/2 „	
5. „	2/3 „	
6. bis 10. „	Vollmilch.	

29. Merkblatt, das z. B. in **Großenhain** und **Radeburg** ausgegeben wird.

1. Vierteljahr	1/3 Liter Milch	2/3 Liter Wasser	+ 3 bis 4 Eßlöffel Milchzucker
2. „	1/2 „ „	1/2 „ „	+ 3 „ 4 „ „

30. Merkblatt, das z. B. in Stadt **Markirch** und in Stadt **Diedenhofen** verteilt wird, letzteres mit Hinweisen auf die städtische Säuglings- und Milchanstalt.

In den ersten Wochen	7mal 4 bis 5 Eßlöffel	1/3 Milch mit Milchzucker
Im 1. bis 2. Monate	7 „ 4 „ 5 Kaffeelöffel	Halbmilch
„ 2. „ 3. „	6 „ 6 „ 8 „	Zweidrittelmilch
„ 4. „ 6. „	5 „ 9 „ 12 „	Dreiviertelmilch

Am Ende des ersten Halbjahres soll ein gesunder Säugling Vollmilch vertragen.

31. In **Schwarzenberg, Lößnitz, Lauter, Schandau** wird neben einem kurzen Merkblatt eine Anweisung zur Ernährung und Pflege der Kinder im ersten Lebensjahre verteilt, die mit einigen Änderungen bezüglich künstlicher Ernährung auch in anderen sächsischen Städten in Gebrauch ist.

Im 1. Monat	1/4 Liter Milch, 1/2 Liter Wasser oder Schleim, 2 bis 3 Eßlöffel Zucker und 1 Messerspitze Kochsalz;
Im 2. und 3. „	1/2 Liter Milch, 1/2 Liter Wasser oder Schleim, 3 bis 4 Eßlöffel Zucker und 1 Messerspitze Kochsalz;
„ 4. bis 7. „	3/4 Liter Milch, 1/4 Liter Wasser oder Schleim, 3 Eßlöffel Zucker und 1 Messerspitze Kochsalz;
Vom 8. „	an kann die Milch unverdünnt gegeben werden.

32. Anleitung zur zweckmäßigen Ernährung und Wartung der **Haltekinder**, ein Blatt, das vom Polizeipräsidium Berlin, ferner z. B. in Schöneberg, Elbing und in Lüneburg ausgegeben wird. Auch davon existieren mehrere Ausgaben.

Im Schöneberger heißt es z. B. noch: „Gegen Ende des ersten Jahres kann die Milch unverdünnt gegeben werden." Im Berliner und Lüneburger: „Vom 6. bis 8. Monat an".

In dem, das gegenwärtig vom Polizeipräsidium in Berlin ausgegeben wird, folgende Vorschriften: „Auf 1/2 Liter der verdünnten Milch werden zwei gehäufte Teelöffel voll Zucker genommen. Die Flasche soll zuerst alle zwei Stunden gegeben werden, bald jedoch, wenn das Kind nicht besonders klein ist, nur alle 3 Stunden. Zuerst bekommt das Kind alle 2 Stunden 2 Strich Wasser, 1 Strich Milch und 1/2 Teelöffel Zucker. Trinkt es nach ungefähr 14 Tagen die 3 Strich aus, so erhält es alle 3 Stunden 2 Strich Milch, 4 Strich Wasser und einen gestrichenen Teelöffel

Zucker, vermehrt 3 Strich Milch, 3 Strich Wasser und einen reichlichen Teelöffel Zucker.

33. Merkblatt der Stadt **Berlin**; wird in den Standesämtern und Fürsorgestellen ausgegeben.

In der 1. Woche	7 Mahlzeiten zu	50 bis 70 g,	und zwar	1/3	Milch
„ „ 2. „	6 „ „	80 „ 100 g,	„ „	1/2	„
In der 3. und 4. „	6 „ „	120 „ 130 g,	„ „	[illegible]	„
Im 2. Monate	6 „ „	140 „ 150 g,	„ „	[illegible]	„
„ 3. „	6 „ „	160 „ 180 g,	„ „	[illegible]	„
Im 4. bis 6. „	6 „ „	160 „ 180 g,	„ „	[illegible]	„

Zu jeder Flasche 1/2 bis 1 Teelöffel Zucker und eine Spur Salz.
Nach dem 6. Monate kann Vollmilch gegeben werden.

34. Städtische Säuglingsfürsorge in **Rixdorf.**

Bei Brust 3stündliche Nahrungspausen, nachts nicht anlegen; bei künstlicher Ernährung nicht mehr als 6 Mahlzeiten.

Zuerst 1/3 Milch mit Wasser		auf jede Flasche 1/2 bis 1 Teelöffel Zucker.
Nach 4 Wochen 1/2 „ „ „	oder Schleim	
Dann allmählich 2/3 „ „ „	„ „	

Nicht vor 6 Monaten Vollmilch.

35. **Charlottenburger** Säuglingsfürsorge.

Überflüssig sind die Tabellen für Nahrungsmenge und Durchschnittsgewichte der Kinder.

Gesunde Säuglinge sollen 6, später 5 Mahlzeiten erhalten.

36. Mutterberatungsstelle **Mainz.**

Bei natürlicher Ernährung dem Neugeborenen höchstens 7, von der 3. Woche an 6 Mahlzeiten. Bei künstlicher Ernährung in der ersten Woche höchstens 7, von der 3. Woche an 6, vom 3. Monat an 5 Mahlzeiten.

Am kürzesten sind die folgenden Merkblätter, welche die Notwendigkeit des Stillens erklären, bezüglich künstlicher Ernährung an den Hausarzt oder an die Mutterberatungsstellen verweisen und auf die Ausgabe einwandfreier Säuglingsmilch (Essen) aufmerksam machen.

37. Städtisches Wohlfahrtsamt **Essen.**

38. Städtische Säuglingsfürsorge **Schöneberg.**

39. Verein Säuglingsschutz **Ulm.**

Merkblatt-Typen aus Inland und Ausland.

I.

Sigmaringen, den 11. Oktober 1858.

Kurze Anweisung zur gesundheitsgemäßen Pflege der Kinder innerhalb des ersten Lebensjahres.

1. Die zuträglichste und naturgemäße Nahrungsquelle für das neugeborene Kind ist immer die Mutterbrust, welche dem Kinde wenige Stunden nach der Geburt, und von da ab, mit Ausnahme der Nächte, wo längerer Schlaf eintritt, in möglichst regelmäßigen Zwischenräumen von 1 1/2 bis 2 1/2 Stunden gereicht werden muß.

2. Wenn die Mutter gesund ist und das Kind mit ihrer Milch sättigen kann, so bedarf dasselbe innerhalb der ersten 6 bis 9 Monate keiner andern Nahrung und pflegt bei der Muttermilch *allein* am besten und kräftigsten zu gedeihen.

3. In solchen Fällen, wo die Mutter krankheitshalber das Kind nicht säugen kann, worüber aber stets ärztlicher Rat eingeholt werden sollte, oder wo sie nicht genug Milch absondert, muß dem Kinde eine der Muttermilch durch Zusatz von Wasser und Zucker möglichst ähnlich gemachte Tiermilch gegeben werden.

4. Zu diesem Ende nimmt man anfangs ein Drittel und langsam steigend bis zu drei Vierteln frisch gemolkene Kuh- und Ziegenmilch, kocht sie mit der entsprechenden Menge reinen Wassers, setzt nur so viel Zucker zu, daß das Gemisch einen angenehm süßlichen, der Muttermilch ähnlichen Geschmack erhält, und läßt es lauwarm vermittelst eines aus Glas oder Porzellan verfertigten Saugfläschchens dem Kinde reichen. Die hie und da zum Saugen gebräuchlichen Schwämme und Gummistöpsel sind schwer zu reinigen, riechen übel und veranlassen leicht ein schädliches Sauerwerden der Milch. In solchen Orten, wo die Kühe eine schlechte oder nur nachlässige Stallfütterung erhalten, ist die Ziegenmilch wegen ihrer mehr gleichmäßigen Zusammensetzung als Nahrung für die Kinder stets vorzuziehen.

5. Erst in den späteren Monaten, wo die Zähne anfangen durchzubrechen, darf dem Kinde festere Nahrung gegeben werden, welche zunächst am besten in einem aus Milch und feinem Mehl oder geriebenem Zwieback dünn gekochten Brei besteht, der aber *jedesmal frisch* bereitet werden muß. Schwächlichen Kindern kann man auch schon nach den ersten Monaten eine mit ein wenig Eigelb angerührte dünne Kalbfleisch- oder Hühnerbrühe täglich einmal reichen lassen.

6. Das sogenannte *Abhärten der Kinder*, wobei man sie mit eiskaltem Wasser wäscht, bei rauher Witterung oft mit entblößtem Kopf und Gliedmaßen an die Luft trägt, in kalten Zimmern während des Winters schlafen läßt u. s. w., ist für *Kinder während des ersten Lebensjahres* durchaus schädlich und häufig genug *tödlich* gewesen. Die genannten Kinder bedürfen vielmehr zu ihrer gesunden Entwicklung einer Tags und Nachts möglichst gleichbleibenden Wärme, müssen stets mit lauwarmem Wasser gewaschen oder am besten täglich in solchem gebadet werden und dürfen niemals bei ungünstigem, kaltem und rauhem Wetter, namentlich nicht bei schneidendem Ost- und Nordwind an die Luft getragen werden. — Das Abhärten der Kinder durch kalte Waschungen, leichte Kleidung, darf erst in späteren Jahren, namentlich erst nach beendetem Zahnwechsel vorsichtig begonnen werden.

7. Die *Kleidung* muß im allgemeinen eine solche sein, daß sie das Kind gleichmäßig erwärmt, aber seine Gliedmaßen in keiner Bewegung hindert oder beengt. Durchnäßte Kleidungsstücke müssen möglichst bald entfernt und durch trockene ersetzt werden.

8. Die sogenannten *Schwämmchen der Säuglinge*, wobei sich weiße Bläschen in der Mundhöhle, auf Zunge und Lippen bilden und dem Kinde oft viele Schmerzen verursachen, *verhütet* man am besten, wenn den Kindern mehreremal täglich mit einem weichen in lauwarmes Wasser getauchten Leinwandläppchen die genannten Teile gereinigt werden. Haben sich bereits einzelne Bläschen gebildet, so ist dem genannten Mundwasser etwas Boraxpulver mit Rosenhonig zuzusetzen, was in jeder Apotheke in richtiger Mischung zu haben ist. Riecht das Kind dabei sauer aus dem Munde, zeigt Aufstoßen, Unruhe, veränderte Abgänge usw., so kann man dem künstlichen Getränk eine Messerspitze voll Magnesia oder Soda zusetzen. In allen Fällen ernstern Erkrankens ist es aber *Pflicht* der Eltern, möglichst bald ärztliche Hilfe nachzusuchen, da häufig durch die geeigneten Arzneimittel noch schnell geholfen oder wenigstens die Leiden der Kleinen erleichtert werden können.

9. Wenn die neugeborenen Kinder auf die angegebene Art mit mütterlicher Liebe besorgt werden, pflegen sie während der ersten Monate ganz von selbst 16 bis 21 Stunden täglich *ruhig* zu schlafen und können alle unnatürlichen und meist geradezu schädlichen Beruhigungsmittel, als die sogenannten Schnuller, Mohnsäftchen, Wiegen usw., vollständig entbehrt werden.

II.

Merkblatt von Prof. Dr. Medin, Stockholm. Vom Juli 1905.

Vorschriften über die Ernährung von Säuglingen mit Kuhmilch- oder Sahnemischungen.

1. Auflage.

Wenn ein neugeborenes Kind nicht gestillt werden kann, sondern mit der Flasche großgezogen werden muß, oder wenn ein Säugling der Brust entwöhnt werden soll, so müssen Kuhmilch- oder Sahnemischungen angewendet werden, um die Frauenmilch zu ersetzen.

Hierbei ist es wichtig, folgendes zu beachten:

1. Die Milch muß so rein und so frisch wie möglich sein, fett und unverfälscht.

2. Alle Milch muß gleich nach dem Melken abgekühlt und ebenso wie die Sahne immer kalt gehalten werden, wenn sie transportiert wird oder aufbewahrt werden soll.

3. Die Milch muß im allgemeinen verdünnt und die Verdünnung dem Alter des Kindes und seinem Vermögen, die Nahrung zu verdauen, angepaßt werden.

4. Die meisten schädlichen Stoffe, die sich in der Milch, der Sahne, dem Wasser und dem Zucker befinden, werden durch gründliches Kochen zerstört.

5. Nach einem solchen Kochen muß man die Milch oder Milchmischung an einem kalten Orte aufbewahren und sie nicht eher in direkte Berührung mit der Luft kommen lassen, als bis sie dem Kinde gegeben werden soll.

* * *

Über die Zubereitung der Mischungen.

A. Milchmischungen:

Zur Verdünnung der Milch benutzt man am liebsten reines Wasser.

Wenn der Arzt Hafer- oder Grützewasser vorschreibt, so bereitet man dies auf folgende Weise: Man nimmt einen gestrichenen Eßlöffel Grieß auf ein halbes Liter Wasser, läßt es 15, höchstens 20 Minuten in einer geschlossenen Kasserolle kochen und seiht danach den Grieß ab.

Ob man nun reines Wasser oder Haferwasser zur Verdünnung der Milch anwendet, so darf man nicht vergessen, Zucker in genügender Menge zuzusetzen. Sternzucker kann man nehmen, Milchzucker ist aber besser, und dieser ist jetzt ziemlich leicht im Handel erhältlich und dürfte z. Z. zum Preise von 2 K pro Kilo zu haben sein.

In welchem Grade die Kuhmilch zu verdünnen ist, hängt in erster Linie vom Alter des Kindes ab, aber auch von anderen Umständen, und muß der Arzt in jedem Falle darüber um Rat befragt werden. Als eine Anleitung für diejenigen, welchen ein Arzt nicht zugänglich ist, werden hier einige Vorschriften und Beispiele mitgeteilt, welche in kurzen Zügen die geeignete Verdünnung für die verschiedenen Altersstufen angeben.

Nehmet für ein Kind

1. im 1. Lebensmonat
   a) in der 1. Woche 1 Teil Milch und 3 Teile Wasser,
   b) in der 2. bis 3. Woche 1 Teil Milch und 2 Teile Wasser,
   c) in der 4. Woche 1 Teil Milch und 1½ Teile Wasser,

2. im 2. bis 5. Lebensmonat 1 Teil Milch und 1 Teil Wasser oder 4 Teile Milch und 3 Teile Wasser,

3. im 6. bis 7. Lebensmonat 2 Teile Milch und 1 Teil Wasser,

4. im 8. bis 9. Lebensmonat 3 Teile Milch und 1 Teil Wasser,

5. nach vollendeten 9 Monaten unverdünnte Kuhmilch. Zucker muß in nicht bedeutender Menge hinzugesetzt werden.

Auf jeden Deziliter Wasser, das man zur Verdünnung der Milch anwenden soll, muß man einen etwas gehäuften Teelöffel Streuzucker berechnen.

Derjenige, der sich Milchzucker für die Mischung leisten kann, muß mehr von diesem als vom Streuzucker hinzusetzen, also zu 2 Dezilitern Wasser 3 gehäufte Teelöffel Milchzucker, zu 4 Dezilitern Wasser 6 usw. Der Milchzucker macht die Entleerungen manchmal etwas zu lose; nehmt dann weniger Milchzucker.

Da sich der Milchzucker nicht ohne Schwierigkeit im kalten Wasser und noch weniger in einer Mischung von kalter Milch und kaltem Wasser auflöst, so muß der Milchzucker im voraus in kochendem Wasser aufgelöst und das Wasser, welches man noch weiter für die Verdünnung braucht, danach zugefüllt werden.

Wenn das Kind das Alter von 6 Monaten erreicht, stellt sich das Bedürfnis nach einer Abwechslung in der Nahrung ein. Versucht dann ein- oder das andere Mal am Tage unverdünnte Kuhmilch und ein Eidotter, ungekocht zu geben, achtet jedoch genau darauf, daß ihr ganz frische Milch oder wenigstens eine solche erhaltet, die gut abgekühlt von dem Zeitpunkte des Melkens an bis zu dem Augenblicke gehalten wurde, wo sie unmittelbar vor dem Trinken auf 30° bis 35° erwärmt wird.

Beispiele für Milchmischungen.

1. Für ein neugeborenes Kind

nimmt man 1 Eßlöffel guter, frischer Milch, 3 Eßlöffel Wasser und 1 gestrichenen Teelöffel Milchzucker oder etwas weniger Streuzucker. Dies reicht für die ersten 24 Stunden. Für die zweiten 24 Stunden braucht man vielleicht doppelt so viel.

Am 3. bis 4. Tage nimmt man ein gutes ½ Deziliter Milch und 1½ Deziliter Wasser, was ungefähr dasselbe ist wie 4 Eßlöffel Milch und 10 Eßlöffel Wasser, und setzt 2 gestrichene Teelöffel Streuzucker oder 3 gehäufte Teelöffel Milchzucker zu.

Am 6. bis 7. Tage wird der zuletzt angegebene Satz verdoppelt.

2. Für ein 2 bis 3wöchiges Kind

2 Deziliter oder ein größeres Trinkglas voll Milch und 4 Deziliter Wasser mit 4 gehäuften Teelöffeln Streuzucker oder 6 gehäuften Teelöffeln Milchzucker.

3. Für ein Kind in der 4. Woche

3 Deziliter Milch, 5 Deziliter Wasser und 5 gehäufte Teelöffel Streuzucker oder 7 gehäufte Teelöffel Milchzucker.

4. Für Kinder im 2. bis 3. Monate

4 Deziliter Milch, 6 Deziliter Wasser und ebensoviel Zucker wie im vorigen Beispiel.

5. Für Kinder im 4. bis 5. Monate

5 Deziliter Milch und 6 Deziliter Wasser und ebensoviel Zucker wie im Beispiel 3.

6. Für Kinder im Alter von ½ Jahr

10 Deziliter oder 1 Liter Milch, 5 Deziliter Wasser sowie 5 gehäufte Teelöffel Streuzucker oder 6 gehäufte Teelöffel Milchzucker.

Nach dieser Zeit kann man dann auf reine ungemischte Kuhmilch versuchen, welche mit einer Kleinigkeit Zucker versetzt ist.

Diese oben angegebenen Milchmischungen können gut angewendet werden, das hat eine große Erfahrung bewiesen. Sie leiden aber alle an einem ziemlich wesentlichen Fehler. Der Fettgehalt ist zu gering. Diesem Fehler kann dadurch abgeholfen werden, daß man Sahne zusetzt und statt dessen die Milch in der Mischung in der Weise vermindert, wie hier unten beschrieben werden soll.

B. Sahnemischungen.

Die Sahnemischungen können auf verschiedene Weise zubereitet werden. Ich glaube hier nicht mehr als 2 nennen zu brauchen. Die beste von diesen Arten und Weisen dürfte die sein, gute, süße Sahne, gute, frisch gemolkene Milch, Wasser und

Milchzucker zu mischen. Man kann aber eine sehr gute Mischung dadurch erhalten, daß man Sahnenmilch anwendet, statt die Sahne und Milch jede für sich zu nehmen. Dieses letztere Verfahren wird billiger. Ich werde gleich sagen, was ich unter Sahnenmilch verstehe.

Wenn ihr das *erste* Verfahren anwenden wollt, d. h. wenn ihr Sahne, Milch, Wasser und Zucker mischen wollt, so muß die zu verwendende Sahne eine dicke, gute und süße Sahne sein. Wollt ihr die Sahne selbst abrahmen, so beschafft euch frisch gemolkene Milch, je frischer, desto besser. Stellt dieselbe sofort nach dem Melken an eine richtig kalte Stelle, am liebsten in Eiswasser und laßt sie 12 Stunden stehen. Rahmt die Sahne dann vorsichtig von der Milch ab. Milch, welche gleich nach dem Melken stark abgekühlt und dann transportiert wurde, was ja gewöhnlich mit kontrollierter Milch geschieht, muß auf zirka 30° erwärmt werden, bevor sie in das kalte Wasser gestellt wird. Die Sahne scheidet sich dann leichter ab.

Man läuft selten Gefahr, im Handel eine zu fettreiche Sahne zu erhalten. Dies kann wohl mit separierter Sahne vorkommen, aber im allgemeinen wird schon dafür gesorgt, daß eine solche Sahne entsprechend verdünnt wird. Gewöhnlich ist die Sahne, die man zu kaufen bekommt, zu dünn. Achtet daher genau darauf, daß ihr gewöhnliche dicke Sahne erhaltet und daß sie nicht im geringsten säuerlich ist.

Sahnenmilch erhält man auf folgende Weise: Man stellt gute, frisch gemolkene Milch auf, läßt sie an einer richtig kalten Stelle, im Sommer immer in Eiswasser, zirka 12 Stunden stehen, schöpft dann nicht nur die Sahne, sondern auch einen Teil Milch nächst unter der Sahne ab. Nimmt man soviel wie $^1/_4$ Teil von der Milchmenge mit, die zum Bilden der Sahne aufgestellt wurde, so erhält man eine Sahnenmilch, welche doppelt so fett ist, wie die ursprüngliche Milch. Nimmt man weniger von der Milch unter der Sahne mit, z. B. $^1/_6$ oder $^1/_8$ Teil, so wird diese Sahnenmilch noch fetter. Nimmt man mehr von der Milch mit, bis zur Hälfte von der zur Sahnenbildung aufgestellten, so erhält man eine Sahnenmilch, die nicht ganz doppelt so fett ist wie die gewöhnliche Milch, die aber sehr gut verwendet werden kann. Ich werde hier unten in Beispielen näher beschreiben, wie man in den verschiedenen Fällen verfährt.

Derjenige, welcher sich die Mühe mit der Zubereitung von Sahnenmischung für sein Kind machen will und wer die Mittel dazu hat, muß stets Milchzucker zu dieser Mischung nehmen und denselben in der Weise auflösen, wie oben angegeben wurde.

Beispiele für Sahnemischungen.

Die Menge der Nahrung pro 24 Stunden, welche in folgenden Beispielen angegeben wird, ist ziemlich reichlich bemessen. Könnt ihr das Kind dazu bringen, sich mit weniger als dem ganzen Satz zu begnügen, und gedeiht dasselbe doch ebenso gut, so ist dies zum Vorteil des Kindes.

1. Für ein neugeborenes Kind

nimmt man 1 Eßlöffel voll guter Sahne, 1 Eßlöffel nicht abgerahmter Milch, 6 Eßlöffel Wasser und 1 vollen Teelöffel Milchzucker.

In den ersten 24 Stunden verzehrt ein Kind nicht viel mehr als die Hälfte einer solchen Mischung, aber in den zweiten 24 Stunden wird sie in der Regel getrunken und in den dritten 24 Stunden bis zu den vierten muß man einen dreifachen Satz anmischen.

Je nachdem das Kind mehr Nahrung braucht und man größere Mengen zubereiten muß, gibt man mehr Milch als Sahne.

2. Für ein 2 bis 3wöchiges Kind

$^1/_2$ Deziliter oder 5 Eßlöffel Sahne, $1^1/_2$ Deziliter oder 10 Eßlöffel Milch, 4 Deziliter oder 2 größere Trinkgläser Wasser sowie 4 gehäufte Teelöffel Milchzucker.

Wollt ihr Sahnenmilch verwenden, so stellt 1 Liter Milch an einen kalten Ort, wie oben angegeben, laßt sie zirka 12 Stunden stehen und schöpft dann 2 Deziliter ab. Zu diesen 2 Decilitern Sahnenmilch fügt man $4^1/_2$ Deziliter Wasser hinzu, in welchem 4 gehäufte Teelöffel Milchzucker aufgelöst wurden.

3. Für Kinder im Alter von 3 bis 4 Monaten

1½ Deziliter oder 5 Eßlöffel Sahne, 3 Deziliter Milch und 6 Deziliter Wasser sowie 8 gehäufte Teelöffel Milchzucker.

Die Sahnemischung in dieser Stärke kann während mehrerer Monate angewendet werden.

Ein 6 Wochen altes Kind darf nicht eine so große Menge Nahrung in 24 Stunden verzehren, wie im Beispiel Nr. 3 angegeben wird, aber wohl in dieser Stärke. 6 Eßlöffel Sahne, 2½ Deziliter Milch und 4½ Deziliter Wasser mit 4 gehäuften und 3 gestrichenen Teelöffel Milchzucker dürften genügen.

Nach vollendeten 3 Monaten begnügen sich manche Kinder nicht mit der im Beispiel 3 angegebenen Menge. Müßt ihr dann mehr hinzumischen, so nehmet z. B. 1¾ Deziliter Sahne, 4½ Deziliter Milch und 8 Deziliter Wasser mit 8 gehäuften Teelöffeln Milchzucker.

Mischungen, welche denjenigen Beispielen gleichen, welche unter Nr. 3 angegeben sind, könnt ihr erhalten, wenn ihr 1½ Liter Milch, wie oben angegeben, zum Absetzen der Sahne aufstellt, 4 Deziliter davon abschöpft und diese mit 8 Dezilitern Wasser und 6 Teelöffeln Milchzucker mischt.

Für eine größere Menge stellt man 2 Liter Milch 12 Stunden zur Sahnebildung in Eiswasser auf, wonach 5 Deziliter abgeschöpft und mit 8 Dezilitern Wasser vermischt werden, in welchen 8 Teelöffel aufgelöst wurden.

4. Für Kinder im Alter von 4 bis 5 Monaten

1½ Deziliter Sahne, 6 Deziliter Milch, 7 Deziliter Wasser und 7 gehäufte Teelöffel Milchzucker.

Dieselbe Art Mischung könnt ihr erhalten, wenn ihr 2 Liter Milch zum Sahnen aufstellt, nach 12 Stunden 7 Deziliter davon abschöpft und diese mit 7 Dezilitern Wasser mischt, in welchen 7 Teelöffel Milchzucker aufgelöst wurden.

5. Für Kinder in einem Alter von ½ Jahr

1 Deziliter Sahne, 10 Deziliter oder 1 Liter Milch, 5 Deziliter Wasser sowie 6 gehäufte Teelöffel Milchzucker.

Nach dieser Zeit kann man mit einer oder der andern Mahlzeit ungemischter Kuhmilch beginnen, welche mit ein wenig Zucker versetzt wurde.

Beim Übergang von einer Mischung zur andern kann man einen Teil Flaschen von einer schwächeren und einen Teil von einer etwas stärkeren Mischung nehmen. So z. B., wenn das Kind 4 bis 5 Monate alt geworden ist, kann man ihm mit Vorteil 2 bis 3 Flaschen von der Stärke geben, welche im Beispiel Nr. 5 angegeben wurde, und die übrigen Flaschen von der Stärke, wie in Nr. 3 angegeben. Eine geringe Abwechslung in der Stärke der Mischung 2 bis 3mal pro 24 Stunden dürfte nicht schaden.

Die oben angegebenen Vorschriften und Beispiele werden, was die Stärke der Mischungen anbetrifft, auch bei Kindern angewendet, welche die Flasche neben der Brust bekommen. Die Menge, welche in 24 Stunden gegeben werden muß, richtet sich nach der Anzahl Brustmahlzeiten, welche durch die Flasche ersetzt werden sollen. Auch wenn das Kind mehrere Monate alt ist, fängt man lieber mit schwachen Mischungen an, um mit diesen zu versuchen.

In derselben Weise verfährt man bei der Entwöhnung eines Kindes von der Brust, man fängt mit schwachen Mischungen an und geht dann allmählich von schwächeren zu stärkeren über. Die Entwöhnung muß möglichst langsam geschehen und auf einige Wochen ausgedehnt werden.

Verschiedene Abweichungen können natürlich von den Vorschriften hier oben bezüglich der Stärke der Mischungen gemacht werden. Wenn das Kind sich z. B. nicht wohl fühlt, wenn es z. B. erbricht, unverdaute Entleerungen, Blähungen usw. hat, so muß man im allgemeinen die Mischung schwächer machen. Wenn ein anderes Mal das Kind nicht genügend an Gewicht zunimmt, sich im übrigen aber wohl befindet, so muß man etwas Milch hinzusetzen und das Wasser in der Mischung verringern.

In den Fällen, wo die Entleerungen des Kindes sehr träge sind und feste Massen unverdauten Käsestoffes enthalten, bewirkt eine Sahnemischung mit Zusatz von Milchzucker oft eine Veränderung zum Besseren.

* * *

Es gibt Kinder, die sich auf die Dauer bei einförmigen und gründlich gekochten Milch- oder Sahnemischungen nicht wohl befinden. Steht euch gute Milch zu Gebote, so müßt ihr, sobald das Kind 5 bis 6 Monate alt geworden, demselben eine 2 bis 3 Flaschen frische an kaltem Orte aufbewahrte **ungekochte** Milch- oder Sahnemischung pro Tag geben. Das Wasser, welches zugesetzt wird, braucht auch nicht gekocht zu werden.

Habt ihr richtig gute Milch, die von einem wirklich gut gehaltenen Viehhof (Meierei) kommt, und ist die Milch ordentlich abgekühlt worden (bis auf 10° und darunter), gleich nach dem Melken, und wenn ihr die Milch und die Mischungen, die daraus bereitet werden, sehr reinlich behandelt und die Flaschen mit ihrem Inhalt im Eisschrank aufbewahrt, so könnt ihr schon früher damit beginnen, solche Mischungen ungekocht zu geben, schon wenn das Kind erst 3 bis 4 Monate alt ist, und nach erreichtem Alter von 6 Monaten können die Kinder mit großem Vorteil ausschließlich ungekochte Milchmischung trinken. Bei Zubereitung von Zwiebackbrei und Eiermilch muß die Milch, welche genommen wird, aufgekocht werden, und bei Zubereitung aller Art Mehlbrei muß in gewöhnlicher Weise gekocht werden.

Stockholm, im Juli 1905. O. Medin.

III.

Merkblatt der Gesundheitskommission in Kristiania.

Vom 25. Februar 1907.

Für Mütter.

Über Pflege und Behandlung von Säuglingen.

1. Gib deinem Kinde die Brust bis zum 9. oder 10. Monat. Tust du das, so wird das Kind gut geschützt sein gegen Krämpfe, Magenstörungen, englische Krankheit. Es ist Pflicht jeder Mutter, ihrem Kinde die Brust zu geben. Muttermilch ist die einzige natürliche Nahrung für das neugeborene Kind.

2. Lege das Kind an, sobald du nach der Niederkunft einen guten Schlaf getan hast und ausgeruht bist.

3. Lege das Kind an, selbst wenn du nicht sofort Milch in der Brust hast. Sie kommt oft reichlicher erst nach 3—4 Tagen, und selbst wenn sie nicht so reichlich ist, so ist doch sogar eine geringere Menge von großer Bedeutung für das Kind. Das Fehlen kann durch künstliche Nahrung ersetzt werden.

4. Höre nicht auf die Brust zu geben, selbst wenn Dir die Menge der Milch nicht hinreichend für das Kind erscheint.

5. Lege das Kind in den ersten Tagen 4—5 mal täglich an. Vom 5. Tage an jede zweite Stunde, vom 2. Monat an jede dritte Stunde, aber achte immer darauf, daß das Kind nichts bekommt in der Zeit von 11—12 Uhr nachts bis 5—6 Uhr morgens.

6. Halte das Kind wach, solange es an der Brust liegt, und gewöhne es von Anfang an daran, mit einem Male fertig zu werden.

Laß es nicht länger als 10—20 Minuten jedesmal an der Brust liegen.

7. Laß das Kind in seinem eigenen Bett schlafen. Sei vorsichtig damit, es bei dir schlafen zu lassen. Du kannst selbst einschlafen und im Schlafe das Kind erdrücken.

8. Gib dem Kinde die Brust, bis es 9—10 Monate alt ist. Entwöhne es nicht in den wärmsten Sommermonaten oder wenn das Kind krank ist. Die Entwöhnung soll langsam vorgenommen werden, nicht schneller als im Laufe von 2—4 Wochen.

9. Entwöhne das Kind, indem du es seltener anlegst, und laß es bald gekochte Kuhmilch, Milchbrei oder Zwieback bekommen.

10. Kannst du deinem Kinde nicht selber die Brust geben, so wird es für dasselbe das beste sein, die Brust einer andern gesunden Frau zu bekommen. Laß jedoch eine andere Frau deinem Kinde nicht die Brust geben, ehe sie nicht von einem Arzt untersucht worden ist.

11. Mußt du dich damit begnügen, deinem Kinde künstliche Nahrung zu geben, so setze alle deine Kraft daran, diese Nahrung so sorgfältig wie möglich zuzubereiten.

12. Der beste Ersatz für deine eigene oder einer andern Frau Milch ist verdünnte Kuhmilch.

13. Suche die Milch, wenn möglich, direkt aus einem guten Stall mit reinlichem Geschirr zu bekommen, nicht aus einem Milchladen oder von einem Zwischenhändler. Suche die Milch so schnell wie möglich nach dem Melken zu erhalten. Koche sie sofort 3–5 Minuten auf, entweder in ausgespülten Fläschchen, in die du einen reinen Wattepfropfen steckst, nachdem sie mit Milch gefüllt sind, oder in einem [illegible] Topf, aus dem sie dann in einen ausgespülten, irdenen Krug gegossen wird. Setze die Fläschchen oder den Krug dann an einen kalten Ort, im Sommer in kaltes Wasser, das oft erneuert werden muß.

Lege über den Krug ein Stück reine Gaze. Die Fläschchen oder die Milch im Topf muß noch einmal am Tage aufgekocht werden.

14. Verdünne die Milch auf folgende Weise: Im ersten Monat gib dem Kinde jede 2. Stunde etwa 100 Gramm einer Mischung von einem Teil Milch und 2 Teilen Wasser, in der Du einen Teelöffel Zucker auflösest.

Im zweiten Monat jede 3. Stunde ungefähr 150 Gramm einer Mischung von gleichen Teilen Milch und frisch gekochter Hafersuppe, in der du 1½ Teelöffel Zucker auflösest.

Im dritten bis fünften Monat jede 3. Stunde ungefähr 200 Gramm einer Mischung von 2 Teilen Milch und 1 Teil Hafersuppe, in der du 2 Teelöffel Zucker aufgelöst hast.

Vom sechsten Monat an unvermischte Kuhmilch, aber nicht häufiger als alle 3 Stunden und, wie auch in den vorhergehenden Monaten, nicht in der Zeit von 11–12 Uhr nachts bis 5–6 Uhr morgens.

15. Wärme die Milch auf, damit sie gut lauwarm ist, wenn das Kind trinken soll. Laß das Kind aus einer Tasse trinken, oder gib die Milch mit einem Löffelchen. Gebrauchst du die Saugflasche, so wende einen Lutscher an, in den du mit einer glühenden Stopfnadel ein Loch stichst, das nur so groß sein darf, daß die Milch, wenn man die Flasche umkehrt, heraustropft, nicht aber herausläuft. Laß die Mahlzeit ungefähr 10 Minuten dauern, und wenn die Flasche gebraucht wird, halte sie selbst etwas schräge und lege sie nicht in das Bett des Kindes.

16. Reinige die Flaschen oder den Krug jeden Morgen sorgfältig mit warmem Soda- oder Seifenwasser und spüle sie mit reinem, warmem, gekochtem Wasser. Reinige sie sonst am Tage mit reinem, warmem, gekochtem Wasser. Die Milchreste in der Flasche oder im Krug dürfen dem Kinde nicht gegeben werden. Laß den Lutscher jedesmal nach Gebrauch aufkochen. Wringe ihn aus, sobald er gebraucht ist, und lege ihn in eine Tasse oder einen Napf mit reinem Wasser, bis er das nächstemal gebraucht wird.

17. Laß das Kind vom 8. bis 9. Monat an etwas andere Nahrung außer der Milch bekommen, wie Hafer- oder Weizengrütze, gekochte oder feinzerdrückte Kartoffeln, Gelbwurzeln und Äpfel, aufgeweichten Zwieback oder Weizenbrot, Eidotter und dergleichen.

18. Hat das Kind Erbrechen, hat es häufigen und losen Stuhl, oder will es nicht wachsen und sich entwickeln, so wende dich gleich an einen Arzt. Der Stuhlgang bei einem gesunden Säugling kommt 2–4 mal täglich. Er ist gleichmäßig gelb und sieht aus wie Rahm oder Salbe.

19. Entsteht Eiter am Auge des Säuglings, wende dich augenblicklich an einen Arzt.

20. Laß das Kind nicht auf deinem Arm oder im Bett sitzen, ehe es nicht ohne Stütze sitzen kann.

21. Decke es nicht zu warm zu.

22. Reibe es nicht zu kräftig, laß es nicht bloß liegen oder die Decke abwerfen.

23. Nimm das Kind mit hinaus an die Luft, wenn das Wetter gut ist. Lüfte das Zimmer häufig, in dem das Kind liegt.

24. Halte das Kind rein, wasche es vor jeder Mahlzeit oder wenn es sich beschmutzt hat, und gib ihm reines Zeug. So wird man am leichtesten Wundwerden vermeiden. Achte selbst darauf, daß deine Hände rein sind, wenn du das Kind wartest, und laß den nackten Körper nicht mit unreinem Zeug in Berührung kommen.

Kristiania, Gesundheitskommission, 25. Februar 1907.

IV.

Merkblatt der Stadt New York vom Jahre 1907.

Ratschläge für Mütter über Säuglingsfürsorge.

Tausende von Kindern sterben jährlich in England infolge unzweckmäßiger Ernährung.

Natürliche Ernährung.

Die natürliche Nahrung für einen Säugling ist die Milch seiner Mutter; ist davon eine genügende Quantität vorhanden, so ist es unrecht, einem Säuglinge unter 9 Monaten andere Nahrung zu geben, außer wenn der Arzt es so bestimmt.

Eine Mutter sollte stets versuchen, ihren Säugling 7 Monate lang zu stillen, zum mindesten teilweise.

Ist die Mutter krank oder sehr schwächlich, so sollte sie betreffs Stillens ihren Arzt konsultieren.

Natürlich genährte Säuglinge sind kräftiger, widerstehen fast alle der Sommerdiarrhöe und gedeihen viel besser als Flaschenkinder.

Stille deine Kinder nicht länger als 10 bis 12 Monate, ein längeres Stillen ist weder für Mutter noch Kind gut; die Zeit des Entwöhnens ist zwischen 9 bis 12 Monaten.

Während des Stillens ernähre dich mit einfacher, bekömmlicher Kost, vermeide Bier, Wein sowie Alkohol in jeder Form, außer wenn derselbe vom Arzt verordnet ist. Trinke viel Milch und Kakao.

Gewohnheitsmäßiger Alkoholgenuß vor und nach der Geburt schadet Mutter und Kind.

Reinige die Brustwarzen mit warmem Wasser, trockne sie vorsichtig und gebrauche Glyzerinöl, falls dieselben wund werden, oder konsultiere einen Arzt.

Gib einem Neugeborenen weder Butter, Schleim noch Rizinusöl, Muttermilch ist das beste Nähr- und Abführmittel.

Gib dem Kinde nicht jedesmal zu trinken, wenn es schreit oder wach wird, denn es wird dadurch früh infolge von Überernährung zugrunde gehen. Ausspeien der Nahrung ist ein Zeichen von Überfütterung.

Gib dem Kinde die Milch regelmäßig nach der Uhr vom ersten Augenblicke an und es wird sich an die Regelmäßigkeit gewöhnen. Gib dem Kinde zuerst alle 2 Stunden zu trinken und nicht mehr als 2 mal nachts. Wenn das Kind älter wird, verringere die Anzahl der Mahlzeiten.

Bedenke, daß dein Kind oft nicht aus Hunger, sondern deswegen schreit, weil es überfüttert ist, oder wegen Hitze oder Kälte, oder weil es Leibschmerzen hat. Ein wenig kaltes Wasser, wiederholt gegeben, wird es meistens beruhigen, wenn es unruhig ist.

Hat das Kind seine Mahlzeiten bei Tag regelmäßig erhalten, ist es um 10 Uhr abends noch einmal gestillt und trocken gelegt worden, so wird es gewöhnlich die ganze Nacht durchschlafen. Lege es zu Bett, sobald es getrunken hat. Gebrauche keine „Tröster", „Gummipfropfen" oder „Beruhigungstropfen".

Entwöhne nicht, wenn dein Kind krank ist oder während der heißen Monate Juli, August, September, denn in dieser Jahreszeit wird leicht durch den Genuß von Kuhmilch Diarrhöe hervorgerufen. Wenn nicht genug Muttermilch zu dieser Zeit, oder irgendeiner andern Zeit vorhanden ist — oder wenn das Kind entwöhnt werden soll — so reiche man zu einer Mahlzeit die Brust und zur andern Mahlzeit gebe man verdünnte Kuhmilch nach folgender Anweisung:

Künstliche Ernährung.

Falls die Mutter keine Milch hat oder nicht genug, um den Säugling vollkommen zu ernähren, so ist Kuhmilch die nächstbeste Nahrung, und zwar nur allein Kuhmilch. Diese ist viel besser als kondensierte Milch oder irgend ein Kindernährmittel und ist der Frauenmilch viel ähnlicher.

Man bedenke aber, daß Kuhmilch stärker als Frauenmilch ist und nicht so rein, daher mußt du sie verdünnen und abkochen und den Säugling vorsichtig nach folgenden Anweisungen füttern:

Kaufe 2 mal täglich etwas frische Milch aus einer guten Molkerei.

Erhitze jeden Morgen (beinahe bis zum Kochen) eine Quantität frischer Milch mit der Sahne (füge, wenn du kannst, 2 Teelöffel Sahne bei jeder Mahlzeit hinzu), schütte dann die Milch in eine andere Kanne, bedecke dieselbe mit einem reinen Teller, stelle sie in kaltes Wasser und nimm folgende Portionen für jede Mahlzeit:

Für einen Säugling unter 4 Wochen.

Gib dem Kinde langsam einen kleinen Eßlöffel voll Milch, mit 3 Eßlöffel warmen Wassers verdünnt und mit etwas weißem oder Demerara-Zucker versüßt, am Tage alle 2 Stunden, nachts alle 3 Stunden, falls das Kind wach ist.

Für einen Säugling von 4 bis 8 Wochen.

Vergrößere allmählich die Portion auf 2 Eßlöffel Milch und 5 Eßlöffeln warmen Wassers mit ein wenig Zucker versüßt. Die einzelne Mahlzeit soll nur leicht gewärmt sein; fügt man der kalten Milch heißes Wasser zu, so wird man die erwünschte Wärme erhalten.

Für einen Säugling von 2 bis 4 Monaten.

Vergrößere die Portion allmählich auf 3 bis 5 Eßlöffel Milch mit 5 Eßlöffeln heißen Wassers und füge einen Teelöffel Zucker hinzu.

Gib dem Kinde am Tage alle $2\frac{1}{2}$ bis 3 Stunden und, falls das Kind wach wird, 1 bis 2 mal nachts.

Für ein Kind von 4 bis 6 Monaten.

Vergrößere die Portion auf 5 bis 8 Eßlöffel Milch, mit 5 Eßlöffeln heißen Wassers, einem Teelöffel Zucker und 2 Teelöffel Sahne.

Gib dem Kinde bei Tage alle 3 Stunden zu trinken, nachts 1 mal, falls es wach ist.

Für ein Kind von 6 bis 8 Monaten.

Die Quantität der Nahrung ist allmählich auf 9 bis 12 Eßlöffel Milch mit 3 Eßlöffel kochenden Wassers verdünnt, unter Hinzufügung von Zucker und Sahne zu vergrößern. Diese gebe man alle $3\frac{1}{2}$ Stunden bei Tage; nachts ist es nicht mehr nötig, Kindern in diesem Alter Nahrung zu reichen.

Nach 8 Monaten gebe man Vollmilch.

N. B. Es ist unmöglich, für jeden Säugling passend einen Diätzettel aufzustellen. Sollte daher die oben angegebene Diät für das Kind nicht passend sein oder dasselbe dabei nicht gedeihen, so konsultiere man einen Arzt, aber nicht zur Verabreichung von Medizin, sondern lediglich für Ratschläge.

Nach 10 Monaten kannst du dem Kinde zur Mittagsmahlzeit gutgekochten Milchpudding, Kakao oder ein in Milch geschlagenes Weißei geben oder eine leichte Rinder- oder Hammelbrühe.

Nach 14 Monaten gebe man 1 mal täglich Zwieback oder Brotkrumen in warme Milch oder Fleischbrühe gebrockt oder ein weich gekochtes Ei oder einen gedünsteten Apfel. Man fahre aber fort, genügend Milch zu geben.

Bedenke, daß Milch wenigstens für die ersten 2 Jahre die Hauptnahrung für ein Kind sein sollte.

Lehre das Kind auf deinem Schoße liegend langsam zu saugen; entziehe ihm für einige Sekunden den Sauger, wenn es zu hastig trinkt, denn dies verursacht Krankheit, Leibschmerzen und Schreien. Man lasse das Kind weder an einer vollen noch an einer leeren Flasche herumsaugen.

Erhält das Kind nicht die Brust, so ist es am besten, dasselbe mit einem reinen Löffel aus einer reinen Tasse zu füttern, und dies ist auch die beste Art, selbst wenn du noch nebenbei die Brust gibst.

Verwendet man eine Flasche, so ist am besten, eine solche in Schiffform zu wählen mit einem Sauger ohne Rohr; die beste Art hat einen Stöpsel am andern Ende der Flasche, so daß man Wasser durchlaufen lassen kann.

Verwende niemals für die Flasche einen Gummischlauch. Der Schlauch verdirbt, er ist schwer zu reinigen und verursacht Leibschmerzen und Krankheit.

Benutze stets 2 Flaschen, während die eine in Gebrauch ist, lasse man die andere mit dem Sauger in Wasser liegen, welchem etwas Kalkwasser oder Soda beigefügt ist, wasche Flasche und Sauger mit heißem Wasser oder koche Flasche und Sauger, bevor beides wieder in Gebrauch genommen wird. Drehe den Sauger um und reinige ihn sorgfältig mit gekochtem Wasser. Erneuere den Sauger einmal monatlich.

Sorge dafür, daß die Flasche niemals sauer riecht; reinige sie nach jeder Mahlzeit.

Mache die Flasche nicht voll mit Milch und lasse das Kind von dem Rest nicht noch einmal trinken, denn die Milch wird alt und sauer.

Bereite jede Mahlzeit in einer frischen Flasche; schütte weg, was übrig bleibt.

Gib dem Säugling niemals abgerahmte Milch; dieselbe ist nicht nahrhaft genug, das Kind verhungert oder bekommt englische Krankheit.

Gib keine kondensierte Milch oder „Nährmittel", wenn nicht vom Arzte ein gutes Mittel verordnet worden ist. Viele Sorten der gewöhnlichen „kondensierten" Milch machen das Kind fett, aber schlaff, blaß und schwach.

Ein Säugling sollte sein Gewicht in den ersten 5 Monaten verdoppeln; ein sehr dickes Kind ist aber nicht unbedingt ein kräftiges Kind. Gib dem Kinde niemals von den Mahlzeiten der Erwachsenen zu essen.

Gib dem Kinde unter 10 Monaten keine stärkehaltigen oder mehligen Speisen (wie Brot, Eingebrocktes, Kinderbrei, Backware, Maismehl, Kartoffeln, Pfeilwurzmehl, Hafermehl, Biskuit, Zwieback, Gerstenmehl usw.) noch Fisch, Fleisch oder Obst, denn ein Säugling ist nicht imstande, solche Sachen zu verdauen. Diese Speisen haben Leibschmerzen, Erbrechen, Verstopfung oder Diarrhöe, Störungen des Magens und der Gedärme und Krämpfe zur Folge.

In diesen Speisen sind Substanzen, welche in der natürlichen Nahrung, der Muttermilch nicht enthalten sind. Gib dem Kinde kein Bier, keine Spirituosen oder Pickles usw. Sie sind Gift für das Kind.

Vor dem vollendeten zweiten Jahre verabreiche weder Fleisch, Fisch, Gemüse, Käse, Süßigkeiten, Kuchen noch Kaffee.

Lasse weder rohe noch gekochte Milch unbedeckt stehen. Schütze sie vor Luft, Staub und Fliegen durch Bedecken mit einem reinen Teller. Schütte sie niemals in eine warme Kanne.

Verstopfung kann durch Zusatz von ein wenig Salz oder Gerstenschleim geregelt werden.

Hat dies keinen Erfolg, so gebrauche Klystiere von warmem Wasser oder von ein wenig Olivenöl. Gib weder Rizinusöl noch andere Abführmittel, wenn es nicht absolut notwendig ist, und dann auch nur selten, da ein Kind sich daran gewöhnt. Konsultiere den Arzt, wenn der Stuhl weiß oder grün ist.

Erbrechen ist gewöhnlich ein Zeichen von Überfütterung oder ungeeigneter Nahrung. Wenn es anhält, so ist es ein Zeichen von Verdauungsstörung. Kommt die Milch in großen Käsestücken wieder heraus, so füge man der Nahrung etwas Kalkwasser oder Gerstenschleim bei.

Hast du nicht die Mittel, einen Arzt zu bezahlen, so denke daran, daß arme Leute freie ärztliche Behandlung in Hospitälern und in der Poliklinik beanspruchen können.

Herausgegeben auf Wunsch des Gesundheitsamtes

Medical officer of health.

V.

Merkblatt von Dr. Ashby für das Kinder-Hospital in Manchester.

Anweisungen für die Pflege von Säuglingen und jungen Kindern.

1. Ein Säugling muß stets sehr sauber gehalten und seine Kleidung muß täglich tüchtig gelüftet und oft gewaschen werden.

2. Seine Kleidung muß leicht, warm und lose sein und Glieder und Körper gleichmäßig bedecken. Feste Binden sollten nicht verwendet werden.

3. Das Kind muß so viel frische Luft wie nur möglich ohne Zug erhalten, und soll stets bei schönem Wetter ausgeführt werden. Türen und Fenster müssen jeden Tag geöffnet werden, um das Zimmer zu lüften, und der Kamin des Schlafzimmers darf nicht abgesperrt werden.

4. Medizin sollte ohne ärztliche Verordnung nicht verabreicht werden, und es dürfen keine Beruhigungstropfen oder Pulver beim Zahnen verwendet werden.

5. Jegliche Nahrung, sei es nun die Brust, die Flasche oder andere Nahrung, muß zu regelmäßigen Zeit und in bestimmten Quantitäten verabreicht werden (siehe Tabelle A.).

6. Brustmilch sollte alleinige Nahrung bis zum Alter von 7 Monaten sein. Hat die Mutter wenig Milch, so gebe man nebenbei verdünnte Kuhmilch, aber nicht als vollständigen Ersatz (s. Tabelle A).

7. Säuglingsmilch muß sofort, wenn sie ins Haus gebracht wird, gekocht und dann an einem kühlen luftigen Orte, gut zugedeckt, aufbewahrt werden. Milch soll nur dann gegeben werden, wenn sie nicht im geringsten sauer schmeckt.

8. Kondensierte Milch darf dann gereicht werden, wenn frische Milch dem Kinde nicht bekommt, aber unter keinen Umständen darf Milch verwendet werden, von welcher Sahne abgeschöpft ist. Ein Teelöffel kondensierte Milch für 8 Teelöffel Wasser ist ungefähr die richtige Mischung; in besonderen Fällen muß noch stärkere Verdünnung eintreten. Nährmittel sollen nur auf Verordnung des Arztes gegeben werden.

9. Mit 7 Monaten kann ein Kind täglich 2 Mahlzeiten von präparierter Grütze oder Mehlsuppe mit Milch haben und 3 weitere Mahlzeiten reine Milch (s. Tabelle A.).

10. Das Entwöhnen sollte mit 7 Monaten begonnen werden und mit einem Jahr beendet sein. Lutscher sind schädlich.

11. Ist das Kind 1 Jahr alt, so soll es täglich etwas Brühe oder Knochen- oder Fleischsaft erhalten.

12. Fleisch sollte einem Kinde nicht unter 18 Monaten gegeben werden, und dann fein gewiegt oder gehackt.

13. Man gebe einem Kinde niemals Bier, Spirituosen, Wein, frisches Brot, Rosinen oder unreifes Obst.

14. Tee oder Kaffee sollte einem Kinde unter 4 Jahren niemals gegeben werden.

15. Ein Brei von Hafermehl oder Mais ist sehr nahrhaft. Grobgemahlene Mehle sind nahrhafter als feines weißes Mehl.

Tabelle A. Dieselbe veranschaulicht, wieviel Nahrung ein Kind in jeder Mahlzeit erhalten soll und wie oft.

	Wie oft bei Tage	Wie oft in der Nacht	Wieviel	Wieviel reiner Milch
Von der Geburt bis zu 4 Wochen	alle 2 Stunden	alle 4 Stunden	4 Eßlöffel	$\frac{1}{3}$ Milch
Von 4—8 Wochen alt	„ $2\frac{1}{2}$ „	do	6 „	$\frac{1}{2}$ „
	allmählich längere Pausen			
Von 3—6 Monaten	alle 3 Stunden	2mal	8 „	$\frac{2}{3}$ „
	man vergrößere allmählich die Portionen auf 16 Löffel reiner Milch.			
Von 7—12 Monaten	5 Mahlzeiten täglich, 3 Mahlzeiten von 12 Eßlöffeln reiner Milch, 2 Mahlzeiten von 12 Eßlöffeln Milch mit geröstetem Mehl oder Brot.			

VI.

Merkblatt der Stadt Newkastle-upon-Tyne. Vom November 1907.

Ratschläge für Schwangere und Wöchnerinnen.

Der Gesundheitszustand der Frau während der Schwangerschaft und der Zeit des Stillens ist für die Nation von großer Wichtigkeit. Eine Frau, welche Mutter wird, sollte sehr auf ihre Gesundheit bedacht sein und alles tun, was in ihrer Macht liegt, um ihrem Kinde Gesundheit und Kraft zu geben.

Geburt ist nicht der Anfang des Lebens.

Jedes lebendgeborene Kind hat bereits einige Monate vor seiner Geburt Leben gehabt, daher ist es unbedingt notwendig, das Wohlsein des Kindes in Betracht zu ziehen, bevor es geboren ist. Der Anfang des Lebens ist von größter Wichtigkeit. Die Zeit der 9 Monate vor der Geburt und das erste Lebensjahr ist von großer Bedeutung für die Gesundheit und Kraft des Menschen für seine ganze Lebenszeit.

Der erste Punkt, welcher in Betracht zu ziehen ist, ist die Beschäftigung während der Schwangerschaft; arbeite mäßig, vermeide Überarbeitung und schwere Arbeit, wie z. B. Tapezieren, Anstreichen, Heben und das Tragen schwerer Lasten ferner das Besteigen von Leitern. Man vermeide das Arbeiten in Waschanstalten, in Fabriken und Ziegeleien. Man halte sich fern von Menschenansammlungen, von Theatern und Beerdigungen. Man stehe nicht länger, als man vertragen kann, und setze sich zum Ausruhen hin, sobald man Gelegenheit dazu hat.

Man sorge für größte Sauberkeit der Speisen, der Wäsche, des Körpers und der Kleidung, ebenso für frische reine Luft.

Indem man die eigene Gesundheit fördert, fördert man auch den Zustand des ungeborenen Kindes. Genieße nur bekömmliche, einfache und nahrhafte Speisen. Vermeide alle Stimulantia und Gewürze und trinke wenig Tee. Man nehme keine starken Abführmittel; Verstopfung kann durch eine angemessene Diät, wie Braunbrot, Haferflocken, rohe Milch, geschmorte Gemüse und Obst, Backpflaumen, Feigen usw., durch fettes Essen und mäßige Bewegung verhütet werden. Vor allen Dingen führe eine regelmäßige Lebensweise. Gehe früh zu Bett. Halte die Fenster Tag und Nacht offen. Man bedenke, daß man für eine doppelte Quantität frischer Luft für die Lungen zu sorgen hat.

Man mache täglich einen kurzen Spaziergang in frischer Luft. Man trage bequeme Schuhe mit niedrigen Absätzen. Man trage keine feste Kleidung, weder Korsett noch Strumpfbänder. Von großer Bequemlichkeit ist eine nach der Form gearbeitete Binde aus Flanell oder Drell, je nach der Jahreszeit; sie stützt den Leib und hält den Rücken warm. Korsetten üben einen schädlichen Druck auf das Herz, auf den Magen, auf die Brust und Brustwarzen aus; sie sind oft die Ursachen von flachen Brustwarzen, Ohnmachten nach dem Essen, Atemnot bei Spaziergängen und Treppensteigen, Krampfadern und Verstopfung. Rock und Unterröcke sollen zum Anknöpfen an die Untertaille eingerichtet sein, so daß das Gewicht auf den Schultern ruht; diese Art ist sehr bequem, da weder Druck noch Gewicht um die Taille entsteht.

Eine schwangere Frau braucht während der letzten 2 Monate ihrer Schwangerschaft mehr Ruhe als vorher. Es ist dies ein wichtiger Zeitpunkt für die Entwicklung des Kindes, denn während dieser Periode hat dessen Gewicht von $4\frac{1}{2}$ bis auf $7\frac{1}{2}$ Pfund zu steigen.

Während der ganzen Schwangerschaft, soll die Frau zur Zeit der früheren Perioden ruhen, und keine starken Abführmittel gebrauchen. Die Beachtung dieser Vorschriften wird Fehl- und Frühgeburten verhindern.

Vom 7. Monat bis zu Ende der Schwangerschaft müssen die Brustwarzen abgehärtet und für das Stillen durch tägliches Waschen mit Alkohol und Wasser oder mit starkem Tee, welcher lange Zeit gekocht hat, verbessert werden. Sind die Brustwarzen kurz, so wende man auch Olivenöl an und ziehe die Warzen täglich mit den Fingern leicht heraus.

Eine Frau, welche auf ihre Gesundheit Rücksicht genommen hat, sollte imstande sein, ihr Kind vollständig zu stillen.

Man lege das Kind sobald wie möglich nach der Geburt an die Brust. Regelmäßiges Saugen des Kindes bewirkt, daß immer mehr und mehr Milch fließt. Keine Frau kann sagen, sie habe keine Milch, wenn sie nicht 3 Monate beharrlich ausgehalten hat.

Nach der Entbindung ist Ruhe unbedingt notwendig. Während der ersten 3 Monate nach der Entbindung sollte die Frau sich niemals überarbeiten noch ermüden, da dieses ihre Gesundheit schädigt und schlechten Einfluß auf die Milch ausübt, worunter der Säugling leidet.

Ein Korsett darf nicht getragen werden, da dieses einen Druck auf die Brust ausübt und schlechte Verdauung und Atemnot hervorruft. Die Mutter muß die Mahlzeiten regelmäßig einnehmen, so viel Milch als nur möglich trinken und hauptsächlich einfache und leicht verdauliche Sachen wie Hafermehl, Getreidespeisen, Suppen, gekochtes Gemüse und Obst genießen. Mäßige Bewegung und frische Luft sind notwendig.

Entwöhnen. Der Säugling sollte niemals während der Monate Juli, August oder September wegen der in diesen Monaten auftretenden Diarrhöe entwöhnt werden.

Übermäßiges Trinken.

Stillende und Schwangere sollten in kleinsten Quantitäten und so selten wie möglich Tee trinken. Nicht mehr als 2 Tassen täglich und dann frisch zubereitet und so schwach wie möglich. Wird der Tee stark genossen oder in bedeutender Menge, so hat er auf stillende Frauen einen besonders schlechten Einfluß. Tee bewirkt schlechte Verdauung, Verstopfung, Blutarmut, nervöse Schwäche und verringert und schwächt die Muttermilch. Vieles Teetrinken ist oft die Ursache, daß Mütter, wegen Mangel an Milch ihre Kinder nicht stillen können. Die Folgen sind ebenso schädlich, wie der Genuß von Alkohol, welcher niemals, auch nicht in Form von Bier und Wein, während der Schwangerschaft und der Stillperiode genommen werden sollte.

Tee darf unter keinen Umständen dem Säugling gegeben werden.

Ein Kind sollte niemals vor seinem 5. Jahre Tee bekommen, denn der Magen eines jungen Kindes ist zu zart, denselben zu verdauen und kann fortdauernd dadurch geschädigt werden.

Medical Officer of Health.

VII.

Merkblatt der Ligue nationale belge pour la protection de l'enfance du premier âge.

I. Die natürliche Ernährung an der Mutterbrust ist die Ernährungsweise, die sich für den Säugling am besten eignet.

II. Wenn eine Mutter zu wenig Milch hat, um ihr Kind selbst zu stillen, so kann sie die fehlende Muttermilch durch Zugabe von Tiermilch ersetzen (allaitement mixte). Milch verschiedener Provenienz kann ohne Schaden gereicht werden.

III. Die künstliche Ernährung, welche angewandt werden muß, wenn die Muttermilch fehlt, setzt das Kind vielen Gefahren aus und muß gut überwacht werden; man ernährt hierzu gewöhnlich Kuhmilch und füttert mit der Flasche.

IV. Alle Saugapparate mit langer Röhre sind gefährlich.

V. Gewöhnlich wird es nötig sein, die Kuhmilch der Hitze auszusetzen. (Kochen oder Sterilisation.)

VI. Das Kind muß seine Mahlzeiten stets zur bestimmten Stunde erhalten. — Die Nachtmahlzeiten müssen in größeren Abständen gegeben werden als die Tagesmahlzeiten.

VII. Der Säugling darf nie etwas zwischen den Mahlzeiten bekommen, auch nicht, wenn er schreit.

VIII. Während der ersten Lebensmonate des Säuglings muß Milch seine einzige Nahrung sein.

IX. Die zu früh gegebene feste Nahrung (Panaden, Suppen, Fleisch, Brot usw.) ist außerordentlich gefährlich.

X. Das Abstillen darf nie plötzlich geschehen: Man wird gewöhnlich gegen den 8. Monat damit anfangen, um es gegen den 15. Monat hin zu beenden.

XI. Beim Säugling muß jede, auch die geringste Diarrhöe sofort behandelt werden, da sie zu einem Darmkatarrh werden kann. Bis der Arzt kommt, setzt man jede Nahrung, selbst die Milch, aus und gibt nur abgekochtes und leicht gezuckertes Wasser.

XII. Keine Medizin, auch nicht das schwächste Abführmittel, darf dem Kinde ohne Verordnung des Arztes gegeben werden.

XIII. Es ist gut, den Säugling regelmäßig jede Woche zu wägen.

XIV. Augen- und Ohrenleiden dürfen niemals vernachlässigt werden: viele Menschen sind blind oder taub, weil ihre Eltern sie nicht beizeiten haben behandeln lassen.

XV. Man soll die Ratschläge der Nachbarinnen meiden, denn sie sind fast immer schädlich.

Ratschläge für Mütter der belgischen Nationalliga für Säuglingsschutz.

Säuglingsernährung.

Da die Vorschriften der alimentären Hygiene von größter Wichtigkeit sind, so muß man die Aufmerksamkeit besonders auf sie hinleiten, da am häufigsten gegen sie Verstöße gemacht werden.

Die Ernährung an der Mutterbrust ist die für den Säugling am besten geeignete Nahrung.

Keine andere Ernährungsweise kann sich mit dieser vergleichen.

Jede gesunde Mutter hat die Pflicht, ihr Kind zu stillen.

Wenn möglich, soll die natürliche Ernährung 15 Monate dauern.

Die Mahlzeiten müssen immer zu denselben Tageszeiten und in regelmäßigen Zwischenräumen gegeben werden.

Das Kind darf in den Zwischenräumen zwischen den Mahlzeiten nichts bekommen, auch nicht, wenn es schreit.

Wenn das Kind um die Zeit seiner gewohnten Mahlzeit schläft, so muß man versuchen, es zu wecken und ihm seine Mahlzeit zu geben. Und man kann sicher sein, daß das Kind, trotz des Schreiens und des Schlafes, sich, wenn man fest bleibt, daran gewöhnt einem Willen zu gehorchen, der stärker ist als der seine.

Stillende Frauen dürfen keine starken Weine oder starkes Bier, überhaupt keine alkoholhaltigen Getränke genießen; allerhöchstens kann leichtes Bier zu den Mahlzeiten gestattet werden.

Wenn eine Mutter nachgewiesenermaßen zu wenig Milch hat, um ihr Kind ganz zu stillen, ob dieser Milchmangel nun dauernd oder vorübergehend sei, so ist das allaitement mixte am Platze. Diese Art der Ernährung besteht darin, dem Kinde eine gewisse Menge von Tiermilch zu geben, um das fehlende Quantum von Muttermilch zu ersetzen.

Es ist ein Vorurteil zu glauben, daß Milch verschiedener Provenienz nicht vermischt werden könne. Dieses Vorurteil ist auch heute noch einer der Gründe, welche der allgemeinen Verbreitung des allaitement mixte im Wege stehen.

Die künstliche Ernährung ist die Art der Ernährung, zu der wir gezwungen werden, wenn für das Kind weder die Milch der Mutter noch die einer Amme zur Verfügung steht.

Für die künstliche Ernährung kommt gewöhnlich und auch mit Recht die Kuhmilch in Frage. Es ist leicht Kuhmilch zu bekommen, sie ist billig und überall zu haben. Man kann auch in einzelnen Fällen Eselinnenmilch, Stutenmilch, Schaf- oder Ziegenmilch zur Anwendung bringen.

Wenn man gezwungen ist, die künstliche Ernährung zu wählen, so ist es unbedingt notwendig, alle Vorsicht anzuwenden, um Milch guter Qualität zu bekommen.

Bei der Ernährung des Säuglings muß die industriell abgerahmte Milch unbedingt zurückgewiesen werden, da sie infolge der damit vorgenommenen Manipulationen gefährlich werden kann.

In Belgien erlauben die Vorschriften über Milchverkauf halbabgerahmte und ganz abgerahmte Milch. Nach den darüber bestehenden Vorschriften muß der Hals der Krüge, welche erstere enthalten, beim Verkaufe mit einem braunen Streifen umgeben sein, und die ganz abgerahmte oder rahmarme Milch muß in Krügen mit blauem Streifen enthalten sein.

Diese beiden Milcharten dürfen niemals für Säuglinge in Verwendung kommen.

Es ist Sache des Arztes zu entscheiden, ob die Milch als Vollmilch oder verdünnt oder gezuckert gegeben werden soll. Auf alle Fälle muß die Verdünnung mit kurz vorher abgekochtem Wasser und genau nach den Vorschriften des Arztes vorgenommen werden.

Bevor dem Kinde die Milch verabreicht wird, muß man sich überzeugen, ob dieselbe schlechten Geschmack oder unangenehmen Geruch besitzt.

Die gefährlichen Keime, welche die Milch verunreinigen und Krankheiten verursachen können (Gastroenteritis, Tuberkulose, Typhus), können durch verschiedene Manipulationen abgeschwächt oder zerstört werden, z. B. durch Pasteurisieren, Sterilisieren, Abkochen oder dadurch, daß man die Milch einer Hitze von 100° im Wasserbade aussetzt.

Das Pasteurisieren wird folgendermaßen vorgenommen: Man setzt die Milch einer Hitze von ungefähr 70° aus und kühlt sie dann plötzlich ab.

Beim Sterilisieren wird die Milch auf 100° gebracht.

Die einfach pasteurisierte, gekochte oder auf 100° gebrachte Milch muß binnen 24 Stunden verbraucht werden.

Wenn auch die sterilisierte Milch sich länger konserviert, so ist es doch besser, für Säuglinge keine zu alte Milch zu nehmen.

Welche Milch auch zur Verwendung gelangt, auf alle Fälle muß sie in sauberen Gefäßen, staubgeschützt und in einem kühlen und gut gelüfteten Raume aufbewahrt werden.

Jede Behandlung durch Hitze (Pasteurisieren, Kochen und Sterilisieren) muß sobald wie möglich nach dem Melken geschehen, wenn man sich nicht um den Nutzen dieser Manipulation bringen will.

Das Verabreichen der Milch bei der künstlichen Ernährung geschieht gewöhnlich durch die Saugflasche; diese wird um so vollkommener sein, je einfacher sie ist.

Man findet jetzt häufig Flaschen aus dünnem, aber festem Glase im Handel. Diese Flaschen widerstehen sehr gut den Temperaturschwankungen, ihre Ecken sind außen und innen abgerundet; man zieht einen einfachen Sauger aus Gummi darüber und sie eignen sich so ganz vorzüglich als Saugflaschen. Alle Flaschen mit Glasschlauch sind sehr gefährlich und sollten absolut vermieden werden.

Die Milch muß dem Kinde lauwarm verabreicht werden (37° C).

In allem, was die Milch für den Säugling anbetrifft, muß peinlichste Sauberkeit herrschen. Hände, Gefäße, Flaschenhalter, Flaschen, Sauger, all dies muß immer sorgfältig gewaschen werden, ehe es mit der Milch in Berührung kommt.

Der Erfolg der künstlichen Ernährung beim Säugling hängt von der genauen und peinlichen Befolgung der verschiedenen hier angeführten hygienischen Vorschriften ab.

Entwöhnen.

Das Abstillen bezeichnet die Lebensperiode des Kindes, welche sich von dem Moment an, wo man andere Nahrungsmittel neben der Milch zu geben anfängt, bis zu der Zeit erstreckt, in welcher die Milch ganz an zweite Stelle rückt.

Dies ist eine lange Zeitperiode. Nie soll plötzlich abgestillt werden. Die Milch muß das Hauptnahrungsmittel bis zum Alter von 2½ bis 3 Jahren bleiben.

Früher, als die natürliche Ernährung fast allgemein im Gebrauch war, bezeichnete der Name Entwöhnen das Ende des Stillens.

Wenn man bei natürlicher Ernährung entwöhnen will, so ersetzt man allmählich die Brustmahlzeiten durch Mahlzeiten von Tiermilch. Dies muß langsam und progressiv geschehen. Je länger die Periode ist, über welche sich das Abstillen erstreckt, um so gefahrloser wird es für das Kind sein; mehrere Monate sind nötig dazu.

Wenn das Absetzen von der Brust schnell bewerkstelligt werden muß, eine Lage, mit der der Arzt immer rechnen muß, so ersetzt man die Brustmahlzeiten durch Mahlzeiten von Tiermilch. Wenn das Kind das nötige Alter erreicht hat (mindestens 8 Monate), so können erst eine und dann zwei dieser Mahlzeiten durch leichte Abkochungen von Mehlen ersetzt werden.

Die feste Nahrung ist, zu früh gegeben, außerordentlich gefährlich.

Vor Erscheinen der ersten Schneidezähne ist der Gebrauch von Mehl selten am Platze.

Viel Kummer würde den jungen Müttern erspart bleiben und viele Krankheiten würden vom Säugling ferngehalten werden, wenn die hygienischen Ernährungsvorschriften für Säuglinge angewendet und genau befolgt werden würden.

VIII.

Merkblatt des Babies Dispensary and Hospital of Cleveland.

Ratschläge für Mütter zur Ernährung der Säuglinge.

1. Ernährung an der Brust.

1. Wenn du dein Kind liebst, nähre es an deiner Brust! Dies bewahrt es vor Brechdurchfall, Abzehrung, Krämpfen, Flechten und jeglicher Krankheit. Von 100 Flaschenkindern sterben im ersten Lebensjahre 30 bis 50, von 100 Brustkindern nur 7.

2. Unter keinen Umständen entwöhne dein Kind, ohne den Rat deines Arztes zu haben. Sein Rat ist wertvoller als der deiner Nachbarn. Entwöhne ja nicht während des Sommers.

3. Auch wenn du anfangs nur wenig Milch hast, entwöhne nicht ohne weiteres. Sei geduldig! Wenn du immer und immer wieder anlegst, wirst du bald genug Milch haben. Es gibt nur äußerst wenige Mütter, deren Brüste wirklich untauglich sind.

4. Auch wenn du dich schwach fühlst, kannst du dein Kind ohne Schaden stillen. Nur ganz wenige ernste Krankheiten verbieten das Stillen. Im Zweifelsfalle frage den Arzt.

5. Stille dein Kind bis zum 8. bis 9. Monate. Wenn dies nicht möglich ist, so stille es so lange, wie du kannst, mindestens aber während der ersten 2 bis 3 Monate, denn jeder Tropfen gibt ihm erneute Kraft für den Kampf um sein junges Dasein, wie sie keine andere Nahrung ermöglicht.

6. Gib dem Neugeborenen die Brust alle 3 bis 3½ Stunden (7 bis 6mal in 24 Stunden); nach 2 Monaten alle 4 Stunden (5mal in 24 Stunden). Stille nicht während der Nacht; der kindliche Magen bedarf auch der Ruhe. Stille das Kind nicht länger als 20 Minuten.

7. Entwöhne allmählich, indem du jede Woche einmal weniger anlegst und dafür die Flasche gibst.

2. Ernährung mit der Flasche.

1. Der einzig gute Ersatz für Muttermilch ist Milch von gesunden, schwindsuchtfreien, rein gehaltenen Kühen, gewonnen in einem reinen Stalle, durch reine Melker, in reine Eimer gemolken, schleunigst abgekühlt, in reine Milchflaschen gegossen, mit reinem Stöpsel verschlossen und dann fortwährend kalt gehalten, bis sie dem Kinde gegeben wird. Solche Milch braucht nicht gekocht oder sterilisiert zu werden. Gewöhnliche Laden- oder „Milchmann"-Milch ist keine Nahrung fürs Kind, auch wenn sie gut schmecken sollte. Die Kindermehle, „Patent-Foods", schaden dem Kinde oft und sollen deshalb nicht benutzt werden. Dein Doktor kann dir Bescheid geben, wie du die geeignete Nahrung für dein Kind erhalten kannst.

2. Im Falle, daß du diese Milch nicht bekommen kannst, so sieh zu, daß du Milch von einem „Milchmann" kriegst, der, wie du weißt, reinlich ist; koche die Milch in einer reinen Schüssel 3 bis 5 Minuten lang; kühle sie so schnell wie nur irgend möglich, indem du die Milchschüssel in eine andere setzest, die kaltes Wasser enthält, das häufig zu erneuern ist. Die Milch wird mit einem reinen Deckel zugedeckt und an einen kühlen Platz gestellt, am besten in einen Eisschrank. Wenn du aber einen regelrechten Eisschrank nicht besitzen kannst, so kannst du dir von deinem Mann einen einfachen Eiskasten mit geringen Kosten folgendermaßen herstellen lassen: Hole dir von der „Grocery" eine ungefähr 18 Zoll lange und breite Holzkiste, deren Boden du ungefähr 2 Zoll hoch mit Holzspähnen (saw dust) bedeckst. Darauf werden zwei Eimer — nicht aus Holz — gestellt, und zwar so, daß einer in den andern paßt; der innere muß also um ein geringes kleiner sein als der äußere. Nun wird die Holzkiste bis zum äußeren oberen Rande des äußeren Eimers mit Holzspähnen gefüllt. Jetzt werden die mit Nahrung gefüllten Flaschen in den inneren, kleineren Eimer gestellt, mit zerhacktem Eis umgeben und mit dem Deckel des Eimers zugedeckt. Nun wird das Ganze mit dem Deckel der Holzkiste fest verschlossen. Zuerst muß jedoch die innere Fläche des Holzdeckels mit einer ½ bis 1 Zoll dicken Schicht von Zeitungspapier beschlagen werden, und zwar in der Weise, daß diese Schicht sich genau der inneren Fläche der Holzkiste anpaßt. Zur Entfernung des Eiswassers und eventuellen Schmutzes nimmt man einfach den inneren Eimer heraus. Selbstverständlich soll der ganze Eiskasten in einem schattigen, kühlen Raum aufbewahrt werden.

3. Reinige die Flasche sofort nach dem Trinken mit reinem Wasser; dann gebrauche eine Flaschenbürste und Soda-, Borax- oder Seifenwasser und spüle wieder mit gekochtem Wasser, stelle sie dann umgekehrt an einen reinen Ort oder fülle sie mit gekochtem Wasser.

4. Sobald du die Milch genügend gekühlt hast, bereite die Kindernahrung nach des Arztes Vorschriften vor. Gebrauche stets nur das reinste Geschirr. Gieße dann mittels eines reinen Gießgefäßes, nicht durch einen dreckigen Trichter, die gewünschte Nahrung in ebenso viele Flaschen, wie das Kind Mahlzeiten haben soll, und stopfe sie dann mit reiner Watte zu, die du vielleicht vorher im Backofen gebrannt hast. Ehe du aber die Flaschen, die du ja nach Nr. 3 schon gereinigt hast, hierzu gebrauchen kannst, mußt du sie erst 20 Minuten lang kochen und dann an einem reinen Orte umgestülpt hinstellen und sie abkühlen lassen.

Gebrauche einen Sauger, der über den Hals der Flasche gezogen wird. Glasröhren und Gummischläuche sind bequem für eine faule Mutter, aber tödlich fürs Kind. Reinige den Sauger gründlichst, inwendig und auswendig, nach jeder Mahlzeit, und hebe ihn in einer leeren, reinen, zugedeckten Tasse auf. Einmal täglich mindestens ist er auszukochen. Noch besser ist es, ebenso viele Sauger wie Flaschen zu haben.

5. Füttere dein Kind nur nach den Anordnungen deines Arztes und nicht nach einem bestimmten Schema noch nach den Anweisungen, die auf den „Patent-Dosen“ stehen!

Jedes künstlich ernährte Kind soll während seines ersten Lebensjahres nur nach den Vorschriften des Arztes, der es gründlich untersucht hat, gefüttert werden. Weder Hebammen, Nachbarinnen, Verwandte, Freunde noch Apotheker wissen Bescheid, wie man ein gesundes Kind künstlich ernähren soll. Kurz und gut, niemand, außer einem Arzt, hat die notwendige Ausbildung, die künstliche Ernährung eines Säuglings zu leiten, und deshalb mußt du nur ihm allein die Gesundheit deines Kindes anvertrauen. Ungefähr einmal in jedem Monat soll der Säugling seinem Arzte vorgestellt werden.

Die Flasche soll der Säugling nie öfter als alle vier Stunden (5 Mal in 24 Stunden) bekommen; auch nie mehr Nahrung als eine Quart, alles in allem genommen.

Mit Beginn des siebenten Monats kann der gesunde Säugling Beikost bekommen, und zwar am besten so, daß zwei Uhr nachmittags anstatt der Milch eine Mahlzeit Grießsuppe in derselben Menge gegeben wird. Die Grießsuppe wird folgendermaßen zubereitet: Von einem viertel Pfund mageren Fleisches wird durch Kochen eine Tasse Brühe zubereitet. Zu gleicher Zeit wird in einer andern Schüssel ungefähr ein Eßlöffel Grieß in Wasser 20 Minuten lang gekocht. Nach vollendetem Kochen wird das Wasser abgegossen und soviel Grieß zu der Fleischbrühe hinzugesetzt, daß das Ganze mitteldick wird. Diese Mischung wird noch 10 Minuten lang gekocht und dann eine Prise Salz hinzugetan. Wenn diese Suppe noch aus der Flasche gereicht werden soll, so muß die Öffnung im Sauger ziemlich groß gemacht werden.

6. Wärme jede Flasche vorm Trinken bis zur Körpertemperatur, indem du sie in eine Schüssel mit heißem Wasser hineinstellst; halte dem Kinde die Flasche selbst; trinkt das Kind nicht aus, so gieße den Rest weg. Länger wie 15 Minuten lang darf das Kind nicht aus der Flasche trinken.

7. Dränge dem Kinde nicht mehr Nahrung auf, als es selbst haben will. Zu große und zu häufige Mahlzeiten verderben den Magen und führen zu Verdauungskrankheiten. Deshalb weint das Kind so viel, nicht, wie die Mütter oft meinen, weil die Mahlzeit zu klein ist. Übersehe nicht eine schwere Erkrankung, weil das Kind gerade im Zahnen ist; nur sehr selten wird ein Kind hierdurch krank.

8. Vom elften Monat an kann der Säugling zur Suppe ein paar Teelöffel Gemüsebrei bekommen (Kartoffeln, Spinat, Mohrrüben usw.). Allmählich wird der Gemüsebrei dann bis zu 2 bis 3 Eßlöffeln gesteigert, und die Grießsuppe entsprechend verringert. Zwieback, trockenes Weißbrot, Apfelmus, Orangen und Pflaumensaft können auch zu dieser Zeit gegeben werden. Anstatt des Grießbreis kann auch Brei aus Reis, Haferflocken, Tapioka usw. angefertigt werden.

9. Sobald das Kind Durchfall oder Erbrechen bekommt, höre sofort mit jeder Nahrung auf; gib ihm $1\frac{1}{2}$ Teelöffel Rizinusöl, in 3 Dosen geteilt, gib

Stunde eins; gib entweder gekochtes Wasser oder hellgelben Tee ohne Zucker und suche sofort den Arzt auf. Wenn das Kind sich weigert, ungesüßten Tee oder Wasser zu trinken, kann man dadurch Abhilfe leisten, daß man eine „½-grain"-Tablette Sacharin, das man in jeder Apotheke erhalten kann, zu jedem Quart Tee oder Wassers hinzufügt. Mit Zucker darf keinesfalls gesüßt werden. Bringe die letzte Windel, in Papier gut eingewickelt, mit. Auch sollst du immer bei jedem Besuche 2 bis 4 reine Windeln mitbringen, so daß du im Notfalle dein Kind rein anziehen kannst. Wenn dein Kind darmkrank ist, so koche stets die Windel 30 Minuten lang, ehe sie gewaschen wird. Wasche stets deine Hände sorgfältig nach jedem Windelwechsel und vor jeder Nahrungszubereitung.

10. Halte das Kind rein und kühl; ebenso das Zimmer; zu große Hitze verursacht auch Krankheiten.

11. Leiste stets den Anordnungen des Arztes und der „Nurse" Folge.

IX.

Merkblatt des Vereines für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirke Düsseldorf.

Mutter, merk's für dich!

1. Für die Empfängnis bedenke, daß aus Rausch und Krankheit der Eltern Sorgenkinder erwachsen.

2. In der Erwartung sorge für reichliche Bewegung, für gute Luft und kräftige Kost. Meide geistige Getränke. Hüte dich vor Aufregungen. Überanstrenge dich nicht, besonders nicht beim Heben und Strecken. Sorge für regelmäßigen Stuhlgang.

3. Für die Geburt sorge vor, daß alles reinlich zugehen kann.

4. Nach der Geburt bleibe mindestens eine Woche zu Bett. Wasche und pflege die Brust. Ernähre dich reichlich und gut. Meide geistige Getränke.

Mutter, merk's für dein Kind!

1. Als Nahrung **reich die Mutterbrust, solang du kannst.** Gewöhne langsam und nicht im Sommer ab. Kannst du wirklich nicht stillen, so gib gute Kuh- oder Ziegenmilch, verdünnt mit Milchzuckerwasser. Verdünne die Milch so: Gib dem Vierteljährigen höchstens ½ Liter Milch, vermischt mit ⅓ Liter Wasser und zwei Eßlöffel Milchzucker, dem Halbjährigen höchstens ⅔ Liter Milch, verdünnt mit ⅓ Liter Wasser und 1 Eßlöffel Milchzucker, dem Dreivierteljährigen einen Liter unverdünnte Milch. Im ersten Halbjahre gib dem Kinde keine Vollmilch und keinen Mehlbrei. Ein Zuviel ist ungesund. Überfütterung ist die Quelle der ärgsten Krankheiten.

2. Die Kleidung sei bequem, nicht zu warm, nicht zu knapp und ja nicht zu eng. Wickle dein Kind nicht, denn es muß Arme und Beine frei bewegen können.

3. Zum Wohnen wähle ein Zimmer, das hell und luftig ist und in das die Sonne hineinscheinen kann. Nimm das Kind nie zu dir ins Bett. Laß es tagsüber viel ruhig liegen, aber häufig strampeln und führe es, so oft du kannst, ins Freie.

4. Sei reinlich

mit dem Kinde: Bade es täglich; wasche es nach jedem Essen und nach jeder Notdurftverrichtung. Reinige auch Nabel, Ausgangsöffnungen und die Stellen des häufigen Wundwerdens. Schneide die Nägel und laß seine Hände nie schmutzig.

mit der Milch: In jedem Falle
Nimm sie aus sauberem Stalle!
Halt sie stets rein,
Und sehe sie fein!
Auch stell sie stets kühl,
Sonst schadet sie viel!

mit den Flaschen: Koche sie nach jedem Gebrauche aus. Nimm niemals lange Sauger. Koche den kurzen Sauger nach jedem Gebrauch aus und gib ihn dem Kinde nur beim Trinken.

mit der Wäsche: Benutze nur reine und trockene Wäsche. Erwärme sie ein wenig vor dem Gebrauch.

5. Beim Kranksein hole möglichst bald den Arzt. Bis er kommt, gib: nach Brechen keine Nahrung mehr; nach Verstopfung ein leichtes Klystier (mit Glycerin) oder ein Seifenzäpfchen; bei Krämpfen ein lauwarmes Bad. Bei Durchfall lasse fasten, gib jedenfalls keine Milch mehr, sondern Eiweißwasser oder dünnen Thee.

Literaturverzeichnis.

Dr. Otto Abraham. Verhaltungsmaßregeln für Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett. 1909 Berlin, Verlag von Leonhard Simion Nachf.

Dr. F. A. von Ammon. Die ersten Mutterpflichten und die erste Kinderpflege. Belehrungsbuch für junge Frauen und Mütter. Vierzigste Auflage durchgesehen von Dr. von Winckel, Geheimrat. 1907 Leipzig, Verlag von S. Hirzel.

F. Andérodias. Artikel „Nouveau-né et nourrisson" im Handbuch Grancher, La pratique des maladies des enfants. I. Band. 1909 Paris, J. B. Baillière et fils.

Dr. Fritz Brunner. Grundriß der Krankenpflege. Vierte, verbesserte u. vermehrte Auflage. Mit 11 Figuren. 1908 Zürich, Schulthess & Co.

P. Budin. Manuel pratique d'allaitement. 1905 Paris, O. Doin.

J. Comby. Kapitel „Physiologie et hygiène de l'enfance" im Handbuche Grancher et Comby, Traité des maladies de l'enfance, II. Auflage. 1904 Paris, Masson et Cie.

— Alimentation et hygiène des enfants. III. Auflage. 1908 Paris, Vigot frères.

L. Concetti. L'igiene del bambino. 1908 Roma-Milano, Albrighi, Segati & C.

Dr. med. Gustav Custer. Grundsätze für die Gesundheitspflege des Kindes im ersten Lebensjahr (Säuglingsalter). Vierzehnte Auflage. Zürich und Leipzig, Th. Schröters Verlag.

Delearde. Guide pratique de puériculture. 1909 Paris, F. Alcan.

A. Dingwall-Fordyce. Diet in infancy. 1908 Edinburgh & London, William Green & Sons.

Dr. Franz C. R. Eschle. Ernährung und Pflege des Kindes. Mit besonderer Berücksichtigung des ersten Lebensjahres. Fünfte vollst. umgearb. und verm. Auflage. 1908 Benno Konegen in Leipzig.

Oberbezirksarzt Dr. R. Fiša. Die Krankenpflege im Hause und im Spitale. Ein Leitfaden für Krankenpflegerinnen. Mit 13 Abbildungen. 1905 Graz, Ulr. Mosers Buchhandlung.

Dr. med. Max Hackl. Für Mutter und Kind. 2. Auflage. Durchgesehen vom Prinzessin Arnulf-Haus für Säuglinge. 1909 München, Georg C. Steinicke.

Marie Heim-Vögtlin. Die Pflege des Kindes im ersten Lebensjahre. 1907 Leipzig, R. Gerhard.

L. Emmett Holt. The diseases of infancy and childhood. V. Auflage. 1909 New-York and London, D. Appleton and Cy.

Marie Hölzl. Die Mutter. Sechste verbesserte Auflage. Ernst Reinhardt Verlag, München.

Hutinel und Lesné. Artikel „Généralités sur l'enfance" im Handbuch V. Hutinel, Les maladies des enfants. I. Band. 1909 Paris, Asselin et Houzeau.

Emilia Kanthac. The preservation of infant life. A guide for health visitors. 1907 London, H. K. Lewis.

Dr. F. Linke. Säuglingspflege. Vortrag mit praktischen Erläuterungen. Verlag von Dr. Arthur Tetzlaff, Berlin S. 42.

Charles Gilmore Kerley. Treatment of the diseases of children. 1909. Philadelphia and London, W. B. Saunders Company.

Henry Koplik. The diseases of infancy and childhood. III. Auflage. 1910 New York and Philadelphia, Lea & Febiger.

Lust. Tableau comparatif des régimes des nourrissons. 1909 Bruxelles, Hayez.

Lyon u. Barrois. Puériculture et hygiène infantile. Conférences faites pour l'Enseignement des jeunes filles. 1908 Paris, F. Alcan.

A. B. Marfan. Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge. II. Auflage. 1903 Paris, G. Steinheil.

— Deutsche Übersetzung von Rudolf Fischl. 1904 Wien, F. Deuticke.

Professor Dr. A. Martin. I. Die Pflege u. Ernährung des Neugeborenen. II. Die Pflege und Ernährung der jungen Mutter. III. Verhalten u. Pflege der werdenden Mutter. Aus der Sammlung: Fragen des Lebens. Heft 1, 2, 4. 1909, Verlag für Volkshygiene und Medizin, Berlin.

H. Mercator. Was braucht mein Kind? 1906, Potsdam, Stiftungsverlag.

Dr. Hans Meyer-Rüegg. Die Frau als Mutter. Dritte umgearbeitete Auflage. Mit 42 Abbildungen. 1907, Verlag von F. Enke in Stuttgart.

Alberto Muggia. Nutrice e infante. 1904 Torino, Lattes & Co.

Dr. med. Friedr. Müller. Häusliche Kinderpflege in den ersten Lebensjahren. Mit einem Anhang: Diät der stillenden Mutter von Dr. med. Edward E. Partridge, New York. Verlag „Unser Hausarzt", Berlin-Zehlendorf.

James Niven. The teaching in schools of elementary hygiene in reference to the rearing of infants. 1906 London, P. S. King & Son.

— u. ein Merkblatt „Instructions as to the care of infants", 1908.

P. Nobécourt. Précis de médecine infantile. 1907 Paris, Masson et Cie.

Lillie Oberwarth. Mutterbriefe. Leitfaden zur Pflege und Ernährung des Säuglings. 1905, Leipzig, Th. Griebens Verlag.

M. Pescatore. Pflege und Ernährung des Säuglings. Ein Leitfaden für Pflegerinnen. Dritte verbesserte Auflage, bearbeitet von Prof. Dr. Leo Langstein. 1910, Berlin, Verlag von Julius Springer.

Dr. Josef Pollak. Das Kind bis Ende des vierzehnten Lebensjahres. Zweite vollständig umgearbeitete, verbesserte u. vermehrte Auflage. 1909, Schulbuchhandlung von F. G. L. Gressler, Langensalza.

H. de Rothschild. Kapitel „Hygiène de l'enfant bien portant pendant la première enfance" im Handbuch H. de Rothschild, Traité d'hygiène et de pathologie du nourrisson et des enfants du premier âge. 1904 Paris, Octave Doin.

Dr. med. M. Saubert. Gesundheitspflege in der Kinderstube. Ärztliche Verlagsanstalt, Berlin NW.

Eug. Terrien. Précis d'Alimentation des jeunes enfants. II. Auflage. 1906 Paris, G. Steinheil.

Dr. F. Theodor. Praktische Winke zur Ernährung und Pflege der Kinder in gesunden und kranken Tagen. Ein Nachschlagebuch für Mütter. Vierte, vermehrte, verbesserte und durch eine Reihe von Vorträgen ergänzte Auflage. Königsberg i. Pr. Verlag v. Bons Buchhandlung.

G. Variot. L'hygiène infantile. 1904 Paris, Hachette et Cie.

Friederike Volcer. Kinderpflege und Ernährung. Zweite verbesserte Auflage. 1909. Verlag von F. F. Steinkopf in Stuttgart.

Dr. med. Ziegelroth. A—B—C für junge Mütter. Mit Einleitung zur Ernährung und Pflege des Kindes bis zur Schulzeit. V. Auflage. Verlag von Max Richter, Frankfurt a. O.

ERGEBNISSE DER SÄUGLINGSFÜRSORGE.

HERAUSGEGEBEN VON

PROF. DR. ARTHUR KELLER,

DIREKTOR DES KAISERIN AUGUSTE VICTORIA-HAUSES ZUR BEKÄMPFUNG DER SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT IM DEUTSCHEN REICHE,

SIEBENTES HEFT.

DIE SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT IN FRANKFURT A. M.

VON

DR. MED. W. HANAUER,

PRAKT. ARZT IN FRANKFURT A. M.

LEIPZIG UND WIEN.

FRANZ DEUTICKE.

1911.

Verlags-Nr. 1799.

Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

Vorwort.

Mit vorliegender Arbeit ist wohl zum erstenmal der Versuch gemacht worden, der Forderung namhafter Statistiker und Ärzte Folge leistend, die Säuglingssterblichkeit eines abgegrenzten Gebietsteils möglichst eingehend nach allen Seiten zu beschreiben. So ist eine Monographie über die Säuglingssterblichkeit in Frankfurt a. M. entstanden, welche die Materie nach der historischen, statistischen, socialen und hygienischen Seite zu beleuchten sucht. Die 44 Tabellen sind bis auf wenige von mir selbst berechnet.

Möge die Arbeit sowohl die Wissenschaft wie die praktische Säuglingsfürsorge fördern!

Frankfurt a. M., 1./X. 1910.

Dr. med. W. Hanauer.



Inhaltsverzeichnis.

Seite



Die Säuglingssterblichkeit in Frankfurt a. M.

Von Dr. med. W. Hanauer, Frankfurt a. M.

I. Kindersterblichkeit und Kinderfürsorge in früheren Jahrhunderten in Frankfurt a. M. bis zum Ausgange des 18. Jahrhunderts.

Entsprechend der hohen allgemeinen Sterblichkeitsziffer in früheren Jahrhunderten ist auch die Kindersterblichkeit allenthalben eine bedeutende gewesen. Daß dieselbe auch in Frankfurt a. M. im Mittelalter sehr groß gewesen sein muß, ergibt sich daraus, daß die Zahl der in einer Ehe erzeugten Kinder zwar sehr groß war, die meisten derselben aber einen frühen Tod fanden, so daß von einem Dutzend oft nur einzelne zur Mannbarkeit gelangten. Bücher[1]) zeigt dies an dem Beispiele der Patrizierfamilie Rohrbach. Aus 9 Familien wurden 53 Kinder nachgewiesen, von welchen 35 vor dem Vater starben, so daß sich trotz sehr kinderreicher Ehen die Familie gewöhnlich nur in 1 oder 2 Gliedern fortsetzte. Wenn dies bei den wohlhabendsten Familien der Fall war, so muß wohl bei den kinderreichen ärmeren Familien die Sterblichkeit eine noch viel größere gewesen sein.

Wenn auch in Frankfurt a. M. bereits im Jahre 1551 Kirchenbücher eingeführt wurden und somit eine regelmäßige Aufzeichnung der Verstorbenen stattfand, so waren diese doch für die Feststellung der Kindersterblichkeit nicht zu verwenden, weil Altersangaben über die Verstorbenen fehlten. Doch ist es möglich aus den bis 1635 zurückreichenden gedruckten Jahresübersichten der Kirchenbücher etwas Näheres über die Kindersterblichkeit zu erfahren. In diesen[2]) sind die Gestorbenen geschieden in verbürgerte Personen, Fremde und Beisassen und in den Hospitälern und Anstalten Verstorbene. Die Verbürgerten sind wieder geschieden in Männer, Frauen, Witwen, Knaben und Mädchen. In einer

[1]) Bücher, Die Bevölkerung von Frankfurt a. M. im 14. und 15. Jahrhundert. 1886, S. 47 u. f.

[2]) Bleicher, Statistische Beschreibung der Stadt Frankfurt a. M. und ihrer Bevölkerung. II. Teil, 1895, S. 244.

früheren Arbeit[1]) haben wir gefunden, daß, wenn wir die Zahl der verstorbenen Knaben und Mädchen zusammennahmen und diese der Gesamtzahl der Verstorbenen gegenüberstellten, sich ergibt, daß von 100 Gestorbenen dem Kindesalter angehörten:

Tabelle I.

1635—1640	64
1651—1660	62
1700—1710	68
1751—1760	61
1791—1800	54

Wie weit das Kindesalter reichte, läßt sich nun aus den Totenlisten nicht entnehmen. Einen Anhaltspunkt gibt jedoch die Bezeichnung „Knaben", welche den Männern gegenübergestellt sind. Man darf wohl annehmen, daß das Knabenalter bis zum 14. oder 15. Lebensjahre reichte und daß die älteren männlichen Individuen als Jünglinge bereits den Männern zugerechnet wurden und daß dementsprechend auch das Mädchenalter begrenzt wurde. Gibt doch auch Hans Bösch[2]) an, daß die Knaben mit 14 Jahren, die Mädchen mit 12 Jahren nicht mehr zu den Kindern gezählt wurden.

Während im Jahre 1904 in Frankfurt a. M. der Anteil der Kinder bis zum 15. Jahre an der Gesamtsterblichkeit 40% betrug, war er im 16. und 17. Jahrhundert ein bedeutend höherer, er betrug, wie sich aus obiger Tabelle ergibt, zu manchen Zeiten zwei Drittel sämtlicher Gestorbenen. Tabelle I zeigt ein starkes Ansteigen der Kindersterblichkeit nach dem Dreißigjährigen Kriege sowie am Ende des 17. und am Beginne des 18. Jahrhunderts, entsprechend dem Anschwellen der Geburtszahlen in diesen Perioden. In der Periode 1651—1660 wirkte wohl auch die Auslese durch den großen Krieg mit, infolgedessen alle halbwegs Siechen vorher weggerafft wurden und so in dem ersten Jahrzehnt nach dem Kriege überhaupt fast niemand anderer sterben konnte als Kinder.

Was das Verhältnis des Geschlechtes der gestorbenen Kinder anlangt, so ergibt sich folgendes. Es starben auf 100 Mädchen Knaben:

Tabelle II.

1635—1640	103
1651—1660	129
1701—1710	106
1751—1760	109
1790—1800	96

[1]) Hanauer, Geschichte der Sterblichkeit und öffentliche Gesundheitspflege in Frankfurt a. M. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege in Frankfurt a. M. 1908, IV. Heft.

[2]) Hans Bösch, Kinderleben in der deutschen Vergangenheit. (Monographien zur deutschen Kulturgeschichte. 1900, S. 106.)

Mit Ausnahme des letzten Jahrzehntes des 18. Jahrhunderts ist ein Übersteigen der Sterblichkeit des männlichen Geschlechtes bei den Kindern zu konstatieren, am größten war die Sterblichkeit der Knaben unmittelbar nach dem Dreißigjährigen Kriege, wo auch der Knabenüberschuß bei den Geburten am stärksten war.

Da die Sterbefälle im Kirchenbuche für die rechte Mainseite, das eigentliche Frankfurt, und die linksseitige, den bekannten Stadtteil Sachsenhausen, getrennt angegeben sind, so läßt sich auch für den letzteren die Kindersterblichkeit isoliert berechnen. Es ergibt sich, daß daselbst die Kindersterblichkeit höher war als im eigentlichen Frankfurt.

Denn von 100 gestorbenen Bürgerlichen gehörten dem Kindesalter an

Tabelle III.

in Frankfurt a. M.		in Sachsenhausen	
1650—1700	64	1650—1700	65
1701—1750	63	1701—1750	66
1751—1800	54	1751—1800	67

Die erhöhte Kindersterblichkeit in Sachsenhausen rührt von der höheren Geburtsziffer her, aber auch davon, daß die Frauen während der Schwangerschaft harte Arbeiten verrichten mußten, auch waren sie bei der Geburt nicht gehörig mit Ärzten und Hebammen versehen und konnten sich oft auch im Wochenbette nicht genügend pflegen. Jedenfalls war dorten auch die Pflege der Kinder sehr vernachlässigt.

Geringer wie bei der christlichen Bevölkerung war die Kindersterblichkeit bei den Juden, während im allgemeinen die Sterblichkeit der jüdischen Bevölkerung größer war wie die der christlichen. Aus den erhaltenen Verzeichnissen des israelitischen Beerdigungsvereines, die bis zum Jahre 1624 zurückreichen und in welchen die Erwachsenen von den Kindern geschieden sind[1]), ergibt sich, daß unter 100 Verstorbenen Kinder waren:

Tabelle IV.

1624—1630	42
1651—1660	45
1691—1700	49
1741—1750	36
1791—1800	32

Die Ursache der geringen Kindersterblichkeit bei den Juden dürfte vielleicht darauf zurückzuführen sein, daß die Kinderzahl bei ihnen eine kleinere war als bei der christlichen Bevölkerung, was ja kein Wunder

[1]) Horovitz, Die Inschriften des alten Friedhofs der israelitischen Gemeinde zu Frankfurt a. M. 1901, S. XXXII.

gewesen wäre, da ja die Juden infolge der Beschränkung ihres Wohnraumes, der nicht erweiterungsfähig war, sich auch in der Produktion ihrer Kinder eine Beschränkung auferlegen mußten. Der Grund könnte aber auch an der besseren und sorgfältigeren Pflege der Kinder, wie sie bei den Juden immer üblich war, zu suchen sein.

Da im Mittelalter und in der Neuzeit bis zum Ende des 18. Jahrhunderts die Kindersterblichkeit eine sehr große war, so dürfen wir daraus schließen, daß es sowohl mit der privaten Hygiene des Kindesalters wie mit dem öffentlichen Kinderschutz schlecht bestellt war. Daran war vor allem schuld der niedrige Stand der Geburtshilfe und der ärztlichen Wissenschaft, die mangelhafte Ausbildung der Ärzte und Hebammen, das Vorherrschen aller möglichen abergläubischen Vorstellungen. Die Neugeborenen waren zunächst durch die Taufen gesundheitlich gefährdet. Fanden diese doch stets in den Kirchen statt, und zwar in den meisten Fällen am nächsten Tage nach der Geburt, mitunter sogar am Geburtstage selbst. Besondere Anstalten für die des öffentlichen Schutzes bedürftigen Kinder gab es in Frankfurt im Mittelalter nicht, weder ein Findel- noch ein Waisenhaus, während in anderen Städten zum Teil schon sehr früh derartige Anstalten errichtet wurden. Man hat lange geglaubt, daß es in Frankfurt ein Findelhaus gegeben habe. Demgegenüber weist Kriegk nach, daß in Frankfurt niemals ein solches bestanden habe[1]. Wurde ein Kind gefunden, so suchte man vor allem dessen Eltern zu ermitteln, und gelang dies, so nötigte man letztere, ihre Schuldigkeit zu tun. War Vater und Mutter nicht zu entdecken, so sorgte man für die Erhaltung und Erziehung der Kinder auf dreierlei Arten. Man ließ das Kind im Heiliggeisthospital verpflegen, oder man gab es einer Familie in Kost, oder man schickte es in eine auswärtige Anstalt. Das erstere war dasjenige Auskunftsmittel, welches am häufigsten empfohlen wurde. Die Verpflegung des Kindes bei einer Familie scheint besonders bei Neugeborenen stattgefunden zu haben und meistens nur so lange, bis man dieselben anderweitig versorgen konnte. Zur auswärtigen Versorgung eines Kindes wählte man das bei Straßburg gelegene Kloster Stalfeld. Den neugeborenen Findlingen suchte man die natürliche Ernährung zu erhalten, was sich daraus ergibt, daß, als im Jahre 1490 zuerst beim Antoniter- und dann beim Barfüßerkloster ein neugeborenes Kind gefunden wurde, in beiden Fällen der Rat eine Amme anwerben ließ, welche aus den Almosengeldern bezahlt wurde. Auch Waisen und von ihren Eltern verwahrloste Kinder wurden im Mittelalter in ähnlicher Weise versorgt. Die Sorge für Waisen überließ man meistens den bestehenden Armenhäusern und Waisenanstalten, mitunter unterstützte auch die Stadt selbst die Waisen und gab sie zur Verpflegung und Unterstützung aufs Land.

Mit unehelichen Kindern, für welche weder der Vater noch die Mutter sorgen konnten, wurde in gleicher Weise verfahren; deren soziale

[1] Kriegk, Deutsches Bürgertum im Mittelalter, Band I, S. 153.

Stellung war am Ende des Mittelalters eine nicht ungünstige. Man war so leichtlebig geworden, daß sie nicht viel Anstoß erregten. Schande haftete ihnen nur an, wenn sie von öffentlichen Dirnen, von Pfaffen oder wenn sie im Ehebruch erzeugt wurden. Das Kind einer Konkubine dagegen, von ledigen oder verwitweten Eltern erzeugt, erlitt an seiner Ehre keinen Eintrag. Um das Jahr 1500 führte das Nebenkind gewöhnlich den Namen seines Vaters, auch wenn dieser ein Patrizier war, auch hatte zu jener Zeit der Vater, nicht die Mutter für die Verpflegung und Erziehung der Kinder zu sorgen, wie sie denn überhaupt zur Familie gerechnet und mit den ehelichen Kindern erzogen und neben ihnen in der Erbschaft bedacht wurden. Diese günstige soziale Stellung mußte natürlich auch für die gesundheitlichen Verhältnisse der unehelichen Kinder von vorteilhafter Bedeutung sein.

Die Reformation brachte einen Umschwung in der öffentlichen Bewertung der unehelichen Kinder, von jetzt an begann man die uneheliche Herkunft als etwas Schmähliches anzusehen, man dachte in bezug auf das Konkubinat strenger, und die armen Waisen, die aus demselben entsprangen, durften nicht mehr in die Zünfte aufgenommen und auch nicht mit einem Angehörigen derselben verheiratet werden.

Wir haben gesehen, daß die Waisenpflege ein Bestandteil der Armenpflege war. Das war der Fall bis zum Dreißigjährigen Kriege. Das Elend, welches dieser Krieg über Frankfurt brachte, namentlich die Teuerung, Hungersnot und die Seuchen der Schreckensjahre 1635 und 1636, in welchen das Los der bei fremden Leuten untergebrachten Waisenkinder ein besonders trauriges war, veranlaßte einige Menschenfreunde, den Plan der Errichtung eines Waisenhauses ins Auge zu fassen. So vermachte der Arzt Dr. J. H. Bayer 1639 ein Legat von 1000 Gulden zur Errichtung einer Waisenanstalt. Bald darauf folgte die Stiftung des Johann Schwind zum Besten der Waisen der Stadt Frankfurt[1]. Diese Privatstiftung ist das erste Waisenhaus, welches die Stadt Frankfurt besaß. Von Staats wegen kam man erst 1654 auf den Gedanken, ein Waisenhaus zu errichten, es sollte aber nicht allein ein Waisenhaus, sondern zugleich ein Armen- und Arbeitshaus sein, um den unerträglich gewordenen Straßenbettel einzudämmen. Es wurden für diese, den dreifachen Zwecken dienende Anstalt die Gebäude des sogenannten Pestilenzhauses und des Englischen Hauses bestimmt und diese Anstalt 1679 eröffnet. Daß eine Anstalt, in welcher Kinder mit Straßenbettlern und anderen liederlichen Elementen zusammengezogen wurden, nicht viel für die eigentliche Waisenpflege leisten konnte, liegt auf der Hand. Dem aus den Leistungen für die Anstalt erzielten Gewinn wurde das körperliche Wohl der Kinder geopfert, der Hauptzweck der Erziehung war, sie zu harter Arbeit und zum Beten anzuhalten, sie wurden schlecht genährt, hart gestraft, kamen wenig an die Luft, ansteckende Krankheiten, namentlich krätzeartige Hautaffektionen, welche durch die Arbeit des

[1] Schäffer, Geschichte des Frankfurter Waisenhauses. 1842, S. 8.

Wolfsrachens ständig unter den Kindern verbreitet waren, nahmen dieselben hart mit.

Außer diesem Hauptwaisenhause gab es noch einige kleinere Waisenstiftungen seit dem 16. Jahrhunderte, das Eberhardtsche Waiseninstitut, seit dem 17. Jahrhunderte das Orthische und das Waisenhaus der Niederländischen Gemeinde.

Neben den eigentlichen Waisen wurden in das Waisenhaus auch Findlinge aufgenommen. Was diese anlangt, so nahm am Ende des 17. Jahrhunderts das Aussetzen der Kinder in Frankfurt derart überhand, daß der Senat am 29. August 1695 ein Mandat dagegen erlassen mußte[1], und während früher von einer Bestrafung der Eltern, die ihre Kinder ausgesetzt hatten, nicht die Rede war, wurde jetzt den Eltern, die sich solcherlei unmenschliche und grausame Taten, „so öfters einem Kindsmord allerdings gleich“ zuschulden kommen ließen, die Strafen der peinlichen Halsgerichtsordnung angedroht.

Die unehelichen Kinder und deren Mütter waren im 18. Jahrhunderte einer geistlichen Behörde, dem Konsistorium, unterstellt. Ihm oblag unter anderem die Feststellung der Vaterschaft der unehelichen Kinder und die Beaufsichtigung des Kostkinderwesens. Von den Geburtshelfern, Hebammen und Landamtmännern mußten die unehelichen Geburten dem Konsistorium angezeigt werden. Es hat zu behandeln „diejenigen Klagen, so Schwängerung halber fürgebracht werden, es gehen nun solche blos auf die Ausstattung der Geschwächten und Alimentation des Kindes, auch daß auf die Heurath gedrungen und Eheversprechen angegeben und behauptet werden wollte“.

Die Hebammen hatten noch die besondere Verpflichtung, den Vater des unehelichen Kindes zu erfragen. In der Hebammenordnung von 1758 wurde ihnen vorgeschrieben, wenn ihre Hilfe zu unehelichen schwangeren Personen erfordert würde, sich dieser gleichfalls in allem Ernste anzunehmen. Sie durften aber den unehelichen Gebärenden in ihren Häusern keinen heimlichen Unterschlupf geben. Uneheliche Kinder durften nicht von den Hebammen zur Taufe getragen werden, dies mußte vielmehr durch die Beiläuferinnen geschehen. Die Namen der Väter der unehelichen Kinder wurden ins Kirchenbuch eingetragen. Um der Sorge für fremde außereheliche Kinder los zu sein, dekretierte das Konsistorium 1755, daß alle gefallenen Mädchen, die nicht von Frankfurt sind, mit ihren Kindern fortzuschaffen seien. Was die Beaufsichtigung des Kostkinderwesens durch das Konsistorium anlangt, so erstreckte sich dieselbe sowohl auf die unehelichen wie ehelichen Kostkinder. Bereits durch das Edikt vom 24. September 1737 war befohlen worden[2], daß niemand ohne die Erlaubnis des Konsistoriums Kostkinder annehmen durfe. Weil es sich vor allem darum handelte, den Vater des unehelichen Kindes zu eruieren, so wandte sich

[1] Beyerbach, Sammlung von Verordnungen der Reichsstadt Frankfurt a. M. X. Teil 1798, S. 4.

[2] Konsistorialordnung, S. 18.

ein Senatsedikt von 1739 gegen die Notare, welche die Schwängerungssachen der Parteien bearbeiteten, wodurch die wahren Väter verschwiegen und gewöhnlich Soldaten als die Väter angegeben wurden. Da das Edikt von 1737 nicht beachtet wurde, so wurde es 1755 von neuem eingeschärft. Bei dieser Erlaubniserteilung und Beaufsichtigung handelte es sich aber weniger darum, ungeeignete Kostmütter auszuschließen, vielmehr waren es mehr moralische und auch fiskalische Gesichtspunkte, die hier mitsprachen. Als Veranlassung für dieses Edikt wird nämlich angegeben, daß Dirnen, nachdem sie ihre Kinder untergebracht hatten, sich ohne Zahlung des Kostgeldes auf und davon machten, so daß die Kostkinder den milden Stiftungen zur Last fielen. So spricht das Edikt von 1755 davon, daß durch Aufnahme von Kostkindern ohne Erlaubnis viele Laster und Sünden gänzlich verdeckt blieben. Auch dürfen Kostmütter keine Kinder aufnehmen, ohne vorher genügende Sicherheit wegen des Kostgeldes erhalten zu haben. Immerhin achtete man darauf, daß die Kinder von den Kostmüttern nicht vernachlässigt wurden, denn 1795 wurde eine Witwe wegen grober Vernachlässigung der Kostkinder mit Pranger und drei Wochen Zuchthaus bestraft und dieser Fall gab Veranlassung zu besserer Aufsicht über die unehelichen Kinder, wobei Sanitätsamt, Konsistorium, Kassenamt, Schatzungsamt und jüngerer Bürgermeister zusammenwirkten[1]). Was die Zahl der unehelichen Kinder in früheren Jahrhunderten in Frankfurt anlangt, so war dieselbe, wie auch anderwärts, dort sehr gering. Es kamen in Frankfurt a. M. in den Jahren 1635—1640 auf 1000 eheliche Geburten nur 9·5 uneheliche, am Ende des 17. Jahrhundert 15, um die Mitte des 18. Jahrhunderts etwa 54, am Ausgange desselben etwa 126, womit diese Zahl genau der Unehelichkeitsziffer am Ende des 19. Jahrhunderts entspricht. Diese geringe Zahl der unehelichen Geburten mag aber auch von einer ungenauen Registrierung derselben herrühren. Für Frankfurt spricht noch das Moment mit, daß viele uneheliche Mütter in die Nachbarschaft reisten, um dort zu gebären, dort wurden die Kinder auch getauft und registriert, vielfach wahrscheinlich auf dem Lande auch aufgezogen.

Von besonderem Einflusse auf die Sterblichkeit der Kinder waren, wie dies ja auch heute noch von ausschlaggebender Bedeutung ist, ihre Ernährung und die Wohnungsverhältnisse.

Was die Ernährung der Säuglinge anlangt, so war bis zum Ausgange des Mittelalters das Stillen durch die Mütter die Regel, vornehme Frauen bedienten sich allerdings auch Ammen zum Stillen, ein Gebrauch, der sich im Laufe der Zeit immer mehr verbreitete, obgleich Ärzte und Gelehrte dagegen eiferten. Vorschriften über die richtige Auswahl einer Amme und die Anforderungen, die man an dieselbe zu stellen habe, finden sich bereits in ärztlichen Schriften des Mittelalters.

Im 18. Jahrhundert scheint die Ernährung der Säuglinge an der Mutterbrust bereits recht selten geworden zu sein. Der Arzt Berggrave,

[1]) Stricker, Geschichte der Heilkunde in der Stadt Frankfurt a. M. 1847, S. 81.

der die erste medizinische Topographie über Frankfurt schrieb, bemerkt in derselben: „Wenige Frankfurterinnen können ihre Kinder selbst stillen“, worauf der Arzt Dr. Senckenberg bemerkt: „Sie könnten wohl, wenn sie es nur wollten“. Recht eindringliche Mahnungen, ihre Kinder selbst zu stillen, gibt der Physikus Behrends[1]) den Frankfurter Frauen. Er erinnerte sie daran, daß in den meisten Fällen Bequemlichkeit es ist, weswegen sie das Selbststillen unterlassen. Nicht aber gingen die Sünden gegen die Naturgesetze ungeahndet hin, die harten Knoten in der Brust entstehen vom Zurücktreten der Milch, ebenso Geschwüre, Friesel und Krebs. Auf die Säugammen, dieses Surrogat für die Ernährung der Säuglinge an der Mutterbrust, ist Behrends schlecht zu sprechen. Diese oft mit Grind und Franzosen Angefochtenen jagten den Säuglingen das tödliche Gift in den Leib. Wenn den Müttern drei Säuglinge starben, so starben den Ammen fünf. Außerdem fürchtet er auch, daß mit der Milch der Ammen ungünstige Charaktereigenschaften auf den Säugling übergingen.

Die Gefährdung, welcher die Säuglinge durch ungesunde, hauptsächlich venerische Säugammen ausgesetzt waren, veranlaßte 1764 das Sanitätsamt, ein Edikt zu erlassen, daß Säugammen nicht in Dienst genommen werden dürfen, außer wenn sie ein Gesundheitszeugnis seitens der vom Sanitätsamt bestellten Chirurgen aufwiesen, derselbe mußte ihre Milch sowie ihre Gesundheit untersuchen[2]). Auch durfte eine Säugamme nicht mehr in die wöchentlichen Nachrichten gesetzt werden, wenn sie nicht dem Verleger ihren Gesundheitsschein vorlegen konnte. Die Instruktion der Chirurgen gibt an, welche Krankheiten eine Amme zum Dienst untauglich machen. Diese sind: Venerische Krankheiten, Fluor albus, Gicht, Steinschmerzen, Blutspeien, gülden Ader, Husten mit Engbrüstigkeit und eiterhaftem Auswurf.

Der Einfluß schlechter Wohnungen auf die Kindersterblichkeit wurde ebenfalls bereits von Behrends[3]) beobachtet. Es gab im 18. Jahrhundert bereits einige neue und breite Straßen in der Neustadt, in der Altstadt aber waren alle Gassen eng und schmal, zudem ließen die Überhänge der Häuser noch weniger Luft und Sonne herein. Wenn Epidemien herrschten, dann wurden diese luft- und lichtlosen Gassen am meisten heimgesucht. Bei Blatternepidemien zumal konnte Behrends feststellen, daß in den dumpfen und engen Gassen mehr Kinder als anderwärts starben.

In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts zeigte die Kindersterblichkeit in Frankfurt a. M. eine sinkende Tendenz, entsprechend der Abnahme der Geburtsziffer und den Fortschritten der ärztlichen Kunst, der Verbesserung des Medizinal- und Hebammenwesens. Was die

---

[1]) Behrends, Der Einwohner von Frankfurt a. M. in Absicht auf seine Fruchtbarkeit, Mortalität und Gesundheit geschildert. 1771. S. 225.

[2]) Beyerbach, l. c. V. Teil 1798, S. 1442.

[3]) Behrends, l. c., S. 108.

Hebammen anlangt, so sagt Dr. J. H. Faber in seiner 1789 erschienenen Topographie von ihnen, daß sie seit einigen zwanzig Jahren der Stadt mehr Ehre machten als vor Zeiten[1].

II. Die Kindersterblichkeit 1800—1850.

Die Kirchenbuchführung, die uns die Zahlen für die eben berechnete Periode geliefert hat, blieb unverändert bis zum Jahre 1801 bestehen, wo in diesem Jahre mit dem französischen Gesetzbuch vorübergehend die Zivilstandsregister oder Standesbücher zur Einführung gelangten. Diese neuen Register wurden für die Frankfurter Medizinalstatistik deswegen von großer Bedeutung, weil jetzt zum ersten Male das Alter der Verstorbenen beigeschrieben wurde, so daß es von nun an erst möglich wird, die Säuglingssterblichkeit zu berechnen. In den aus den Registern des Zivilstandes gelieferten Übersichten finden sich vom Jahre 1812 ab die Verstorbenen nach dem Alter in sechs Gruppen eingeteilt, in die Totgeborenen und in den ersten 4 Wochen nach der Geburt Gestorbenen, dann in die im 1. Lebensjahre Gestorbenen, in die vom 2.—6. Jahre Gestorbenen sowie drei weitere Gruppen bis zum 19. und 25. Jahre und die über 25jährigen und zwar jedesmal nach dem Geschlechte getrennt.

Diese Statistik blieb auch unverändert, als die Standesbuchführung im Jahre 1814 durch das für alle christlichen und nichtchristlichen Konfessionen bestimmte allgemeine Kirchenbuch ersetzt wurde, bis zum Jahre 1885. Von da ab ist die Altersgliederung der Verstorbenen in den veröffentlichten Übersichten geändert. Es werden jetzt Gruppen gebildet: von der Geburt bis zum 5. Jahre, vom 5.—10. Lebensjahre, vom 10. bis zum 20. Lebensjahre usw. Eine Ausscheidung der Säuglinge wie bisher, findet daher vom Jahre 1885 ab nicht mehr statt.

Betrachten wir zunächst den Anteil, welchen die Kindersterblichkeit an die Gesamtsterblichkeit aufweist, so ergeben sich folgende Zahlen:

Tabelle V.

1801—1810 .	52·2 %
1810—1820 .	54 %
1820—1830 .	51 %
1831—1840 .	46 %
1841—1850 .	40 %

Von 1801—1810 beziehen sich die Zahlen auf die verbürgerten Personen, dagegen von 1811 ab auf die gesamte Bevölkerung, Bürger, Beisassen und Fremde sowie Juden, die allerdings bloß 1811 und von 1817 ab mitgezählt sind.

[1] Faber, Topographische, politische und historische Beschreibung der Reichsstadt Frankfurt a. M. Band II, 1789, S. 187.

Nach Stadtteilen getrennt ergeben sich folgende Unterschiede am Anteil der Kindersterblichkeit gegenüber der Gesamtsterblichkeit:

Tabelle VI.

	In Frankfurt a. M.	in Sachsenhausen
1801—1810	47%	66%
1811—1820	57%	64%
1821—1830	52%	63%
1831—1840	45%	61%
1841—1850	39%	60%

Im Anschluß daran geben wir noch für die Jahre 1800—1820 die Zahlen, welche den Anteil der Kindersterblichkeit an der Gesamtsterblichkeit bei der jüdischen Bevölkerung Frankfurts dokumentieren, berechnet nach den Angaben bei Horovitz[1]).

Diese betrug:

Tabelle VII.

1801	34%	1811	28%
1802	20%	1812	23%
1803	34%	1813	20%
1804	31%	1814	10%
1805	30%	1815	19%
1806	42%	1816	26%
1807	45%	1817	21%
1808	27%	1818	18%
1809	13%	1819	17%
1810	16%	1820	23%

Im Durchschnitt 1801—1810 . . . 29·5%
und 1811—1820 . . . 22·8%

De Neufville[2]) verglich die Sterblichkeitsverhältnisse der Kinder der christlichen und jüdischen Bevölkerung für die Jahre 1846 bis 1848. Bis zum fünften Lebensjahre starben demnach 24·1% der christlichen Bevölkerung, während in derselben fünfjährigen Periode 12·5% der jüdischen Bevölkerung starben. Der Grund dafür, daß bei den Juden nur die Hälfte der Kinder starben wie bei den Christen, fand de Neufville in dem Fehlen des jüdischen Proletariats, bei welchem schlechte, fehlerhafte Ernährung, mangelnde Reinlichkeit und mangelnde Pflege die Kinder rasch dem Tod entgegenführte.

[1]) Horovitz, a. a. O., S. [illegible]

[2]) De Neufville, Lebensdauer und Sterblichkeit zweiundzwanzig verschiedener Stände und Gewerbe nebst vergleichender Statistik der christlichen und israelitischen Bevölkerung. Frankfurt 1855, S. 20

Was speziell die Säuglingssterblichkeit anlangt, so entfielen auf je 1000 Lebendgeburten Sterbefälle nach Bleicher[1]:

Tabelle VIII.

1812	24·7%	1824	27·2%
1813	25·4%	1825	25·6%
1814	37·0%	1826	28·2%
1815	28·0%	1827	25·8%
1816	25·8%	1828	21·6%
1817	22·2%	1829	28·7%
1818	28·7%	1830	23·9%
1819	26·5%	1831	30·5%
1820	22·8%	1832	30·5%
1821	25·9%	1833	26·2%
1822	30·5%	1834	25·2%
1823	25·0%		

Für größere Perioden sind die Zahlen:

1811—1820	26·7%
1821—1830	26·2%
1831—1834	26·6%

Es läßt sich ferner der Anteil berechnen, welche der erste Lebensmonat an der Säuglingssterblichkeit hatte.

Es starben nämlich von 1000 Geborenen im ersten Lebensmonat:

Tabelle IX.

1812	87‰	1824	101‰
1813	77‰	1825	86‰
1814	117‰	1826	104‰
1815	94‰	1827	87‰
1816	69‰	1828	76‰
1817	96‰	1829	79‰
1818	84‰	1830	73‰
1819	75‰	1831	88‰
1820	90‰	1832	59‰
1821	82‰	1833	85‰
1822	82‰	1834	93‰
1823	70‰		

Im Durchschnitt:

1812—1820	86‰
1821—1830	75‰
1831—1834	80‰

[1] Bleicher, l. c., S. 248.

Um hier einen Vergleich mit der Neuzeit zu ermöglichen, fügen wir bei, daß von den während des Jahrzehntes 1886—1895 in Preußen lebendgeborenen Knaben im ersten Monate gestorben sind 60·0 %, von den Mädchen 55·4 %[1].

Recht instruktiv ist es, das Verhältnis der Kindersterblichkeit Frankfurts mit der anderer Städte in Vergleich zu ziehen. Was zunächst den Anteil der Kindersterblichkeit zur Gesamtsterblichkeit anlangt, so betrug dieselbe nach Casper[2] in Berlin:

1796—1808	53·5 %
1804—1814	51·16 %
1814—1822	50·5 %

In Leipzig nach unseren Berechnungen unter Zugrundelegung der Angaben Knapps[3]:

1834—1840	40 %
1841—1849	41 %

De Neufville[4] berechnet, daß in den Jahren 1846—1848 von der Geburt bis zum 10. Lebensjahre in Frankfurt a. M. 25·4 % der Gesamtbevölkerung gestorben ist, dagegen in Berlin 47 %, in Magdeburg 45 %, in Petersburg 42 %, in London 42 %, in Prag 54 % und in Hamburg 41 % ihrer Bevölkerung.

In nachfolgender Tabelle ist die Säuglingssterblichkeit auf je 100 Geborene der Städte Leipzig, Hamburg sowie Straßburgs vergleichsweise festgestellt.

Dieselbe betrug:

Tabelle X.

	in Leipzig[5]	in Hamburg[6]	in Straßburg[7]
1801—1810	21·9 %	21·9 %	28·85 %
1811—1820	29·0 %	19·0 %	27·62 %[8]
1821—1830	22·2 %	17·1 %	23·83 %[9]
1831—1840	21·9 %	18·3 %	23·26 %[10]
1841—1850	21·1 %	19·1 %	24·49 %[11]

[1] v. Fircks, Bevölkerungslehre und Bevölkerungspolitik, 1898, S. 234.

[2] Casper, Beiträge zur medizinischen Statistik und Staatsarzneikunde, 1825, S. 162.

[3] Knapp, Ältere Nachrichten über Leipzigs Bevölkerung. 6. Heft der Mitteilungen des statistischen Bureaus der Stadt Leipzig, 1872, S. 29 u. f.

[4] De Neufville, l. c., S. 19.

[5] „Die Stadt Leipzig in hygienischer Beziehung“ 1891, S. 96.

[6] Nach unseren Berechnungen entsprechend den Angaben in „Statistik des Hamburgischen Staates“, 8. Heft, 1876, S. 78 und „Die Gesundheitsverhältnisse Hamburgs im 19. Jahrhundert“, 1901, S. 151.

[7] „Statistische Mitteilungen über Elsaß-Lothringen“ 1878, Band XI, S. 9[illegible].

[8] Von 1816—1820.

[9] Von 1821—1827.

[10] Von 1828—1838.

[11] Von 1839—1849.

Rekapitulieren und erläutern wir nunmehr mit einigen Worten die aufgestellten Tabellen, so fällt zunächst die weitere Abnahme der Kindersterblichkeit in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts ins Auge. Das ergibt der Vergleich der Tabelle V mit Tabelle III, welche den Anteil der Kindersterblichkeit an der Gesamtsterblichkeit aufweisen. Während dieser noch in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts durchschnittlich 54% betrug, sank er während der Periode 1800 bis 1850 von 1820 an ständig ab und betrug 1841—1850 nur noch 40%. Wenn man die Säuglingssterblichkeit im engeren Sinne im Hinblick auf die Geburtsziffer vergleicht, s. Tabelle VIII, was ja nur bis zum Jahre 1835 möglich ist, so ist ebenfalls ein Absinken von 26·7% auf 26·2% zu konstatieren; dieses Absinken war allerdings ganz unbedeutend, von 1835 bis zur Mitte des Jahrhunderts muß aber die Säuglingssterblichkeit ganz rapide gesunken sein, denn 1851 finden wir eine Säuglingsmortalität von 15·2%, während sie 1834 noch 28·2% betrug.

Sehr hoch ist dagegen noch, wie im 18. Jahrhundert, die Kindersterblichkeit in Sachsenhausen, viel höher wie in Frankfurt, sie hat zwar dort auch abgenommen, aber nicht in dem Maße, wie in Frankfurt (Tabelle VI und III). Es entfielen in Frankfurt 1841—1850 auf 100 Gestorbene 39 Kinder gegen 60 in Sachsenhausen!

Die günstige Stellung, welche die Kindersterblichkeit bei den Juden gegenüber den Christen im 18. Jahrhundert einnahm, hat sich auch in der in Betracht kommenden Periode behauptet. Denn während 1810 bis 1820 bei der christlichen beziehungsweise von 1817 ab bei der Gesamtbevölkerung der Anteil der Kindersterblichkeit an der Gesamtsterblichkeit 54% betrug, war er bei der jüdischen Bevölkerung nur 22·8%. Die Kindersterblichkeit bei den Juden weist ebenfalls eine sinkende Tendenz auf, denn während der Anteil der jüdischen Kinder an der Gesamtzahl der Verstorbenen 1801—1810 noch 22·7% betrug, war er 1811—1820 bloß 12·8%.

Was den Vergleich mit anderen Städten anlangt, so war die Kindersterblichkeit in dem bezeichneten Zeitraum in Hamburg durchweg geringer, in München durchweg größer, dagegen weisen Leipzig und Straßburg bis 1829 eine größere Sterblichkeit wie Frankfurt auf, von 1820—1830 dagegen ist die Kindersterblichkeit daselbst geringer wie in Frankfurt.

Wenn wir nunmehr die Ursachen für die Veränderung der Kindersterblichkeit erörtern, so kommen für die Abnahme drei Momente in Betracht:

1. Die Besserung der allgemeinen sanitären Verhältnisse.

2. Besondere Fürsorgemaßnahmen für das Kindesalter.

3. Die Abnahme der Geburtsziffer.

Was die erstere anlangt, so ist vor allem der baulichen Entwicklung zu gedenken, die Frankfurt mit dem Beginn des 19. Jahrhunderts nahm.

Bisher eine mit Wällen, Gräben und Glacis umgebene Festungsstadt, begann man 1804 die Festungswerke zu schleifen und sie in Straßen und Gartenanlagen umzuwandeln. Die Abtragung der Festungswerke war 1812 vollendet. Luft und Licht hatten nun von allen Seiten ungehindert Zutritt. Daß sich mit Umwandlung der Stadtgräben in Gärten die Gesundheitsverhältnisse der Stadt sehr besserten, wurde bereits von zeitgenössischen Schriftstellern anerkannt. Bedeutende hygienische Fortschritte brachte auch die Bauordnung vom Jahre 1809 sowie die Bestellung der Außenstadt, welche in besonderem ein weiträumiges und gesundes Wohnen gestattete. Die öffentliche Reinlichkeit wurde gefördert durch Beseitigung stehender Sümpfe und stagnierender Gräben, durch Vorschriften über die Straßenreinigung und Fortschaffung des Straßenschmutzes. Die Friedhöfe wurden aus der Stadt verlegt und neue Friedhöfe angelegt. Das ganze Sanitätswesen wurde verbessert durch die neue vom Großherzog von Frankfurt erlassene Medizinalordnung vom 20. Dezember 1810, welche die bisher noch gültige aus dem Jahre 1664 ersetzte. Sie blieb in Kraft bis zum Erlaß der neuen Medizinalordnung vom 9. Juli 1841. In diesen Medizinalordnungen nehmen Vorschriften zur Bekämpfung gesundheitlicher Mißstände einen breiten Raum ein. Erhebliche Fortschritte hat in dieser Periode auch die Krankenpflege aufzuweisen, es wurde eine Anzahl neuer Krankenanstalten errichtet und auch die Armenpflege wurde verbessert. Durch die Stiftungsordnung von 1812 wurden die Stiftungen reorganisiert, zahlreiche neue Stiftungen entstanden. Als Zentralverwaltung für das Armenwesen wurde eine allgemeine Armenkommission eingesetzt, die Stadt zum Zwecke der Armenpflege in 36 Bezirke eingeteilt und jedem Bezirk ein besonderer Armenpfleger vorgesetzt. Zur unentgeltlichen Behandlung der armen Kranken außerhalb der Hospitäler verpflichtete die fürstlich primatische Regierung die 14 jüngsten Ärzte, nach der Stiftsordnung von 1833 ging die ärztliche Behandlung der armen Stadtkranken auf das Heiliggeisthospital über.

Diese bedeutenden sanitären Fortschritte mußten naturgemäß in der Verbesserung der Gesundheitsverhältnisse der Bewohner zum Ausdruck kommen. Sie ergibt sich prägnant aus der Abnahme der Sterblichkeitsziffer. Diese betrug auf 1000 Einwohner in den Volkszählungsjahren:

Tabelle XI.

1811	25·8 ‰	1840	18·8 ‰
1817	26·1 ‰	1843	18·9 ‰
1822	23·8 ‰	1846	17·6 ‰
1837	21·6 ‰	1849	16·9 ‰

Und wenn diese sanitären Verbesserungen der Gesundheit der Erwachsenen zugute kamen und ihre Sterblichkeitsziffer ständig absinken ließen, so mußten sie wohl auch dem Kindesalter nützen und seine Mortalität herabsetzen.

Gehen wir nun dazu über, die besonderen Fürsorgeeinrichtungen zu schildern, die für die Kinder in Frankfurt in der bezeichneten Periode geschaffen wurden, so wäre zunächst zu erwähnen, daß die Untersuchung der Säugammen auch in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts mit Strenge gehandhabt wurde. Am 25. Juni 1802 erließ das Sanitätsamt eine Verfügung[1]), daß Säugammen weder von Christen noch von Juden ohne Gesundheitszeugnis angenommen werden dürfen. Zuwiderhandelnde wurden mit einer Strafe von 3 fl. belegt. Da in dem Erlaß darauf hingewiesen wird, daß unschuldige Kinder durch ungesunde, hauptsächlich mit venerischen Krankheiten behaftete Säugammen öfter um ihre Gesundheit, nicht selten um ihr Leben kommen, so scheinen trotzdem die erlassenen Vorschriften nicht besonders befolgt worden zu sein. Die Vorschriften über die Untersuchung der Säugammen gehen in die Medizinalverordnung von 1811[2]) über (§ 90—98). Der § 190 derselben verbietet Hebammen, Säugammen zu empfehlen, die nicht vorher von dem eigens bestellten Wundarzt untersucht wurden.

Eine Krankheit, die bis zum Beginne des 19. Jahrhunderts große Verheerungen in der Kinderwelt anrichtete, waren die Pocken. In Mecklenburg waren im Jahre 1792 drei Fünftel aller gestorbener Kinder von den Blattern weggerafft worden[3]) und Davillard nahm an, daß in den ersten Kinderjahren von drei Erkrankten eines an den Pocken starb. In Berlin wurden 1782—1801 9452 Kinder von den Pocken weggerafft. In Frankfurt war am Ende des 18. Jahrhunderts die Pockensterblichkeit sehr gering[4]). Im letzten Vierteljahr von 1797 starb in Oberrad unter 10 Toten 1 Kind an Blattern, in der Stadt und den übrigen Ortschaften niemand. 1798 im Frankfurter Gebiet im dritten Vierteljahr unter 233 Toten 2 durch Pocken, 1799 im zweiten Vierteljahr starben 13 Kinder an Blattern. Diese Zählung wurde durch den Halleschen Professor Junker angeregt, der sich 1797 mit der Bitte an den Senat wandte, ihm für sein „Archiv für Ärzte und Seelsorger wider die Pockennot" die Zahl der an Pocken Gestorbenen in Stadt und Gebiet mitzuteilen. Dadurch kam die erste Anregung der Impfung nach Frankfurt. Es war namentlich Dr. Lehr[5]), Arzt der Senckenbergischen Stiftung, welcher für die Impfung eifrig Propaganda machte. Er berichtet, daß vom Dezember 1800 bis März 1801 600—700 äußerst glücklich verlaufene Kuhpockenimpfungen vorgenommen wurden. Er gab auch eine kleine Schrift heraus, in der er die Gründlichkeit, Sicherheit und Wohltätigkeit der Kuhpocken pries und die Impfung empfahl. Namentlich wies er darauf hin, daß, trotzdem in Frankfurt die natürlichen Blattern herrschten, kein einziges der mit Erfolg geimpften Kinder die Blattern bekam. Natürlich fehlte es auch nicht

[1]) Beyerbach, l. c., II. Teil, S. 3286.
[2]) Frankfurter Gesetzessammlung, Band I, 1817, S. 234 u. f.
[3]) Casper, l. c., S. 191.
[4]) Stricker, l. c., S. 111.
[5]) Frankfurt, Kaiserliche Reichsoberpostamtszeitung vom 23. März 1801.

an Gegnern, namentlich von ärztlicher Seite, allein der Rat stellte sich auf Seite der Impffreunde und das Sanitätsamt empfahl in einem Erlasse vom 20. November 1805[1] die Impfung mit Rücksicht darauf, daß seit kurzem sehr bösartige Kinderblattern bereits viele Opfer gefordert hätten; der Erlaß wies darauf hin, daß die unbemittelten Einwohner von den Ärzten umsonst geimpft würden.

Die gesetzliche Regelung fand die Impfung durch die Verordnung des Fürstprimas, die Beförderung der Kuhpockenimpfung betreffend vom 6. September 1812[2]. Sie ist deswegen von besonderem Interesse, weil die dort aufgestellten Grundsätze bis zum Jahre 1874, dem Erlaß des Reichsimpfgesetzes, in Geltung blieben. Die Verordnung statuierte nicht einen allgemeinen Impfzwang, wohl aber einen solchen für große Kategorien der Bevölkerung. Geimpft mußten werden, wenn sie nicht die natürlichen Blattern überstanden hatten: die in öffentlichen Anstalten aufgenommenen und die auf Staatskosten verpflegten Kinder, alle unter Vormundschaft stehenden Kinder, Lehrlinge, Konskribierte, solche, die in den Bürgerverband aufgenommen werden wollten, solche die ein Gewerbe treiben oder ein öffentliches Amt bekleiden wollten. Eltern, die aus öffentlichen Fonds unterstützt wurden, wurde diese Unterstützung so lange entzogen, bis sie nachwiesen, daß ihre Kinder geimpft seien. Die Maires und Wundärzte, welche die meisten Impfungen aufwiesen, erhielten Belohnungen. Für das Impfen wurde eine Taxe festgesetzt. Bei Ausbruch der Blattern war Anzeigepflicht und Kenntlichmachung der Häuser vorgeschrieben. Diese Bestimmungen gingen auch in die neue Medicinalordnung von 1841 über. (§ 149—154.) Sie wurden erweitert durch die Vorschrift, daß auch die in die Schulen aufzunehmenden Kinder den Nachweis der Impfung erbringen mußten.

Vaccination und Revaccination fanden hier niemals einen eigentlichen Widerstand und die Impfung wurde freiwillig in möglichst vollkommener Weise durchgeführt. Nichtsdestoweniger wurden die Blattern nicht völlig ausgerottet. Seit 1835 wurden die Blatternkranken der Anstalt für Syphilitische überwiesen, 1843 wurde ein neues Gebäude für Syphilitische und Krätzekranke bezogen mit einem abgesonderten Blatternhaus.

Wenden wir uns nun zur Betrachtung der **Fürsorge** für die **unehelichen und verlassenen Kinder.**

Die Zahl der unehelichen Kinder nimmt in der uns beschäftigenden Periode erheblich zu, während 1750—1800 in Frankfurt auf 100 Geburten 7·85% uneheliche kamen, entfielen darauf 1801—1850 17·68%.

1802 erschien ein Gesetz, die zu Fall gekommenen und liederlichen Weibsleute betreffend, mit zwei Anhängen, nämlich für diejenigen, welchen eine Wochenstube, vulgo Hecke, zu halten erlaubt war, und für die, welche vom Konsistorium die Erlaubnis erhalten hatten, uneheliche Kinder

---

[1] Beyerbach, l. c., II. Teil, S. 2297.

[2] Bender, Sammlung *Frankfurter* Verordnungen aus den Jahren 1806—1816 Frankfurt 1828, S. 171

in Kost zu nehmen. Dennoch kamen noch öfter Klagen über die Vernachlässigung unehelicher Kinder vor sowie über den schauderhaften Zustand der „Hecken". Erst 1827 wurde eine Entbindungsanstalt begründet, jedoch mit sehr primitiven Mitteln und daher auch schwacher Benutzung. Fremden Schwangeren wurde Aufnahme in die Anstalt erschwert, weil durch die Geburt des Kindes ein Heimatsrecht auf die Stadt erworben wurde. Der Sorge für uneheliche Kinder suchte man sich nach wie vor dadurch zu entledigen, daß man die Mütter vor der Entbindung auswies. Daher wurde durch eine Verordnung vom 17. April 1811 den Dienstherrschaften die Verpflichtung auferlegt, die unehelichen Schwangerschaften ihres Gesindes dem Polizeiamt anzuzeigen, im Unterlassungsfalle wurden sie nicht nur bestraft, sondern sie müssen auch die Kosten tragen, welche durch die Niederkunft der Geschwängerten der Stadt erwachsen; die Anzeigepflicht besteht ferner für die Hebammen, für die Schwangeren selbst sowie für alle, welche die letzteren beherbergen[1]. Die Anzeigepflicht der Hebammen wurde noch durch die Medizinalverordnung von 1841 (§ 67) statuiert.

Darauf, daß man den Kostfrauen hinsichtlich der Pflege der Haltekinder nicht traute, ist jedenfalls die Fassung des § 59 der Medizinalverordnung vom Jahre 1811 zurückzuführen, daß bei verstorbenen unehelichen Kindern die Leichenbesichtigung lediglich durch den hierzu bestellten Physikus erfolgen dürfe. Eine rationelle Regelung des Kostkinderwesens bringt die neue Medizinalverordnung von 1841. (§§ 173—175.) Danach müssen alle, welche Kostkinder bei sich aufnehmen, dem Polizeiamt Anzeige machen. Der Stadtaccoucheur, der ein Verzeichnis der Kostkinder erhält, soll dieselben jährlich drei- bis viermal visitatieren. Denjenigen, welche die Kostkinder vernachlässigen, wird das fernere Halten von Kostkindern untersagt.

Über die Verpflegung der elternlosen, unvermögenden Findlinge und ausgesetzten Kinder erließ der Fürstprimas 1813 eine sehr humane Verordnung[2]. Diese geht von dem Grundsatze aus, daß jede Gemeinde ihre armen Mitglieder zu ernähren verpflichtet sein soll. Zu den öffentlicher Fürsorge bedürftigen Kindern werden die verwaisten und von ihren Eltern verlassenen Kinder, ferner die Kinder, deren Eltern, weil krank oder unvermögend, nicht für sie sorgen können, endlich die ausgesetzten Kinder gerechnet. Die Sorge der Erziehung der Findelkinder wurde der Armenkommission direkt übertragen. Infolge des Krieges gab es viele elternlose Kinder, welche das Waisenhaus nicht fassen konnte und die nur zum Teil in der Stadt, meist aber auf dem Lande auf Kosten der Kommission erzogen wurden[3]. Leider wurde die wohltätige Verordnung des Fürstprimas vom Jahre 1813 durch Beschluß der gesetzgebenden Versammlung wieder aufgehoben.

---

1) Frankfurter Gesetzessammlung. Band II, 1818, S. 80.

2) Großh. Frankfurter Regierungsblatt. Band III, 1813, S. 65.

3) Kirchner, Ansichten von Frankfurt. Band II, 1818, S. 54.

Die Reorganisation der Frankfurter Stiftungen, die der Fürstprimas 1810 vornahm, kam auch dem Waisenhaus zugute. Das Arbeits- und Zuchthaus, das bisher mit dem Waisenhaus verbunden war, wurde von letzterem getrennt und erst jetzt wurde das Waisenhaus eine Erziehungsanstalt im engeren Sinne. Auch im inneren Betriebe des Waisenhauses wurden zeitgemäße Reformen eingeführt, die Verköstigung der Pfleglinge verbessert und auch auf die körperliche Erziehung der Waisen durch Turn- und Schwimmunterricht mehr Wert gelegt. Die Findelkinder wurden im Waisenhause auf Kosten der Waisenhauskommission verpflegt, doch faßte man den Begriff „Findling“ nicht zu eng, sondern übertrug ihn auch auf die Kinder unehelicher Geburt. Daher konnten auch diese Kinder Aufnahme ins Waisenhaus finden, die ihnen sonst verweigert war. Es wurden jedoch nur Kinder vom 6. Lebensjahre ab in die Anstalt aufgenommen; die jüngeren dagegen auf Kosten der Stiftung außerhalb in Familien verpflegt.

Da die Anstalt sich nach und nach als zu klein erwies und zudem einige Teile derselben feucht und dumpfig waren, so wurde 1826 mit der Errichtung eines neuen Anstaltsgebäudes begonnen und dasselbe, das allen Ansprüchen der Hygiene gerecht wurde, 1829 bezogen.

Durch die Stiftsordnung von 1833 wurden die Aufnahmebedingungen ins Waisenhaus neu geregelt.

Ein neuer Zweig der öffentlichen Kinderfürsorge wurde in Frankfurt mit der im Jahre 1832 eröffneten Kleinkinderschule in Sachsenhaus ins Leben gerufen. Es folgte 1833 eine solche im nordöstlichen Stadtteil und 1856 im westlichen Stadtteil. In diese Kleinkinderschulen wurden die Kinder vom 2. bis 6. Lebensjahr aufgenommen. Ihr Zweck war, Müttern, die keine Zeit hatten, tagsüber sich ihrer Kinder anzunehmen, die Aufsicht über die Kinder abzunehmen und dieselben damit vor Verwahrlosung zu schützen, außerdem durch Reinlichkeit und zweckmäßige Ernährung ihre Entwicklung zu fördern. Die Einwirkung dieser Kinderbewahranstalten auf die Gesundheit wurde als sehr günstig gefunden. So äußerte sich der 11. Jahresbericht derselben, daß bei kränklichen Kindern, namentlich bei skrophulösen, schon nach einigen Monaten der Aufenthalt in der Schule sehr günstig wirkte durch die sonnigen, luftigen Räume und die häufige körperliche Bewegung in der frischen Luft[1]. Diese Anstalten wurden durch private Mittel ins Leben gerufen, jedoch wurden sie seitens des Staates subventioniert.

1845 wurde das Kinderkrankenhaus eröffnet, eine Stiftung des Arztes Theobald Christ; stiftungsgemäß sollen in demselben nur Kinder im Alter von 5—12 Jahren aufgenommen werden, freiwillige Beiträge ermöglichten es aber, daß auch Kinder unter 4 Jahren und über 12 Jahren freiwillig aufgenommen werden konnten.

Für die Abnahme der Kindersterblichkeit in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts ist endlich neben der Besserung der allgemeinen

[1] Meidinger: Frankfurter gemeinnützige Anstalten. II. Teil, 1856, S. 116.

sanitären Verhältnisse und der speziellen Fürsorgemaßnahmen für das Kindesalter noch die Abnahme der Geburtsziffer verantwortlich zu machen, wie sich aus folgender Tabelle ergibt:

Tabelle XII.

Auf 1000 Einwohner kommen Geborene:

1811	29·8‰	1840	20·7‰
1817	27·0‰	1843	20·7‰
1823	23·5‰	1846	19·8‰
1837	20·6‰	1849	18·6‰

Es ist klar, daß, wenn die Kinderzahl durch das Sinken der Geburtsziffer abnimmt, auch der Anteil der Kinder an der Zahl der Gestorbenen abnehmen muß. Außerdem wird, wenn die Kinderzahl in der Familie abnimmt, der auf das einzelne Kind entfallende Nahrungsspielraum größer sowie auch die Sorgfalt, die man demselben widmen kann. Für die Abnahme der Geburtenziffer wird in erster Linie die Zusammensetzung der Bevölkerung verantwortlich zu machen sein, die zur Hälfte aus fremden, ledigen Elementen bestand, welche zur Kindererzeugung nur wenig beitrugen, außerdem wird das teuere Leben in Frankfurt sowie der Luxus verantwortlich gemacht. „Die Moralprediger vor 100 Jahren hören nicht auf mit Klagen darüber, daß die gesteigerten Lebensbedürfnisse die Eheschließungen erschwerten und den Kindersegen zur Last machten, daß nur der Pöbel, der doch nichts zu verlieren habe, heirate und viele Kinder bekäme," äußert sich Heinrich Emden[1]).

Leute, die zum Pöbel zählten, gab es dann aber besonders viele in Sachsenhausen. Dort war auch in dieser Periode der Kinderreichtum größer wie in Frankfurt, daher auch die Kindersterblichkeit größer wie dort, wozu auch beitrug, daß die Sachsenhäuser nicht allein in sozialer, sondern auch in sittlicher Hinsicht hinter den Frankfurtern zurückstanden. Über die Trunkenheit und Unsittlichkeit der linksmainischen Bevölkerung werde oft Klage geführt[2]).

Ganz auffallend ist übrigens der Rückgang der Kindersterblichkeit in dem Zeitraum von 1834, wo die Kindersterblichkeit noch 28·2‰ betrug, bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts, denn 1851 war sie 15·2‰. Welches die Ursache war, ist unbekannt, das Absinken der Geburtsziffer allein kann nicht schuld sein, diese fiel zwar, aber ganz unbedeutend, sie betrug 1837 20‰, 1862 19·2‰.

Der frappante Rückgang der Kindersterblichkeit bei den Juden findet seine Erklärung damit, daß am Beginne des 19. Jahrhunderts sich die Mauern der Ghettos schlossen, so daß die Juden sich überall ansiedeln durften. Damit besserten sich auch die Gesundheitsverhältnisse der jüdischen Bevölkerung in ganz auffallender Weise.

[1]) Emden, Frankfurt a. M. im Jahre 1805.

[2]) Darmstädter, Das Großherzogtum Frankfurt, 1901, S. 340.

Über die Natur der Krankheiten, welchen die kleinen Kinder vorwiegend zum Opfer fielen, berichtet uns die damalige Statistik gar nichts, da die Aufzeichnung der Todesursachen erst 1851 eingeführt wurde. Einer Notiz der „Neuen Chronik der freien Stadt Frankfurt“[1]) entnehmen wir, daß infolge der in den Frühlingsmonaten herrschenden West-, Nord-, Nordost- und Ostwinde im Frühling Schnupfen, Husten und katarrhalische Fieber grassierten, die besonders viele Kinder wegrafften. Tatsächlich waren in damaliger Zeit, worauf schon Kriegk[2]) hinwies, der Monat April und Mai die ungesundesten Monate des Jahres, welche die größte Sterblichkeit aufwiesen. Einen Sommergipfel kannte man in Frankfurt nicht. Dieser findet sich aber, worauf Gottstein[3]) aufmerksam macht, bereits im 17. Jahrhundert in Breslau und er schließt daraus, daß schon damals die künstliche Ernährung sehr floriert haben müsse. Wir möchten aber nicht den umgekehrten Schluß ziehen und annehmen, daß, weil sich in Frankfurt kein Sommergipfel fand, die künstliche Ernährung unbekannt gewesen sei. Daß dies nicht der Fall war, darauf deutet schon die Ammenverordnung hin, die wir oben mitgeteilt haben.

III. Die Säuglingssterblichkeit in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts bis zur Gegenwart.

Ehe wir in die materielle Behandlung dieser Periode eintreten, sei mit einigen Worten die Entwicklung der Frankfurter Medizinalstatistik, soweit sie auf die Säuglingssterblichkeit Bezug hat, geschildert.

Von 1851 ab finden wir in den Übersichten über die Getrauten, Geborenen und Verstorbenen, die von 1857 „Statistische Übersichten über den Zivilstand der freien Stadt Frankfurt und ihrer Landgemeinden“, von 1868 kurz: „Statistische Mitteilungen über den Zivilstand der Stadt Frankfurt a. M.“, von 1891 „Tabellarische Übersicht über den Zivilstand der Stadt Frankfurt“ heißen, die Säuglinge nach Geschlecht und Jahresmonaten (Sterbemonaten) ausgeschieden, ebenso sind die Todesursachen nach Geschlecht getrennt angegeben. Im Jahre 1867 sind die gestorbenen Säuglinge getrennt in hiesige und fremde, zugleich nach dem Geschlecht, eine Trennung, die vom folgenden Jahre ab infolge Einverleibung Frankfurts in die preußische Monarchie wieder wegfällt. Vom Jahre 1875 werden die verstorbenen Säuglinge nach 5 Stadtteilen ausgeschieden, zugleich unter Trennung der ehelichen von den unehelichen. Eine wichtige Erweiterung erfährt dann die Sterblichkeitsstatistik wieder im Jahre 1890, indem von jetzt ab Tabellen aufgestellt werden, welche die Sterblichkeit

[1]) Neue Chronik der freien Stadt Frankfurt. II. Teil, 1834, S. 45.

[2]) Kriegk, Kurze physisch-geographische Beschreibung der Umgegend von Frankfurt. Archiv für Frankfurter Geschichte. [illegible], S. 71.

[3]) Gottstein, Beiträge zur Geschichte der Kindersterblichkeit. Medizinische Reform [illegible], Nr. 5.

der Säuglinge nach Todesursachen, Geschlecht, erreichtem Lebensalter (Tage, Wochen Monate und Quartale) sowie nach der Legitimität angeben, ferner ist in Tabellen die Sterblichkeit der Säuglinge in den einzelnen Kalendermonaten nach Todesursache, Geschlecht und nach erreichtem Lebensalter verzeichnet.

Seit 1891 findet sich in den Tabellen der Wochenausweise der Gestorbenen, die Trennung in eheliche und uneheliche Kinder sowie die Hervorhebung der bei den Säuglingen vorgekommenen Todesfälle an Brechdurchfall. Die Sterbefälle der Säuglinge sind jetzt nach 33 Stadtbezirken beziehungsweise nach 13 Stadtteilen ausgeschieden. Es finden sich ferner Angaben über die Gebürtigkeit der gestorbenen Säuglinge, über die Religionsverhältnisse derselben, über die in Anstalten verstorbenen Säuglinge und die Verteilung der in den Anstalten gestorbenen Säuglinge nach den Wohnungsstadtteilen. Endlich finden sich seit 1902 auch Angaben über die Säuglingssterblichkeit in den Landkreisen.

Es erübrigt zu bemerken, daß sich im Laufe der uns beschäftigenden Periode die Klassifizierung der Todesursachen mehrfach geändert hat; es wird im Kapitel über die Todesursachen näher darauf einzugehen sein.

1. Der allgemeine Verlauf der Säuglingssterblichkeit in Frankfurt a. M. von der Mitte des vorigen Jahrhunderts bis zur Gegenwart.

Derselbe ergibt sich aus folgenden Tabellen:

Tabelle XIII.

Jahr	Säuglingssterblichkeit auf 100 Geborene	Säuglingssterblichkeit im Verhältnis zur Gesamtsterblichkeit
1851	15·2	18·2
1852	15·2	18·0
1853	14·9	17·5
1854	16·2	15·5
1855	17·8	18·5
1856	15·9	16·8
1857	18·0	17·5
1858	19·3	19·2
1859	18·8	21·8
1860	15·2	17·4
1861	17·2	18·3
1862	15·7	16·3
1863	17·4	20·9
1864	18·6	21·6
1865	17·4	21·0

Jahr	Säuglingssterblichkeit auf 100 Geburten	Säuglingssterblichkeit im Verhältnis zur Gesamtsterblichkeit
1866	16·7	20·3
1867	17·5	22·4
1868	19·3	24·8
1869	19·3	26·2
1870	18·9	23·8
1871	22·1	23·1
1872	18·3	27·5
1873	18·8	25·1
1874	17·6	24·8
1875	17·2	26·0
1876	15·8	24·4
1877	15·7	27·5
1878	18·2	29·0
1879	18·5	29·0
1880	19·6	30·4
1881	16·4	26·4
1882	18·0	26·2
1883	16·3	23·9
1884	19·2	26·5
1885	18·4	25·1
1886	19·6	26·9
1887	17·4	23·6
1888	16·8	24·6
1889	18·8	25·4
1890	16·6	22·4
1891	15·9	24·4
1892	18·2	25·3
1893	16·1	23·7
1894	14·0	23·5
1895	17·2	27·7
1896	13·7	25·6
1897	16·1	28·8
1898	15·2	30·3
1899	15·4	27·1
1900	17·0	29·4
1901	15·6	28·9
1902	14·3	27·4
1903	16·9	28·9
1904	15·8	29·5
1905	17·4	29·8
1906	14·5	28·2
1907	13·4	25·4

Es starben Säuglinge:

Tabelle XIV.

Durchschnitt der Jahre	Auf 100 Lebendgeborene	Auf 100 Lebende im 1. Jahre	Auf 100 Todesfälle überhaupt	Auf 100.000 Lebende überhaupt	Auf 1000 Einwohner Geborene
1851—1855	15·8	22·6	17·8	297	19·6
1856—1860	17·4	23·4	18·5	317	19·0
1861—1865	17·3	22·2	19·5	351	21·3
1866—1870	18·3	26·1	20·4	487	27·5
1871—1875	18·6	23·9	25·4	539	29·9
1876—1880	17·6	22·5	28·2	578	31·9
1881—1885	17·6	19·3	25·6	508	29·1
1886—1890	17·5	22·4	24·5	471	27·7
1891—1895	16·2	22·9	24·9	444	28·3
1896—1900	15·4	19·3	28·2	473	30·2
1901—1905	16·0		28·7	463	29·3

Auf 100 Lebendgeborene starben:

Tabelle XV.

	Frankfurt a. M.	Berlin	Chemnitz	Elberfeld	Essen	Hamburg	Leipzig	München	Straßburg
1851—1855	15·8	21·4	33·0 (1851—1860)	—	—	19·0	20·5 (1851—1860)	—	25·0[1]) (1851—1860)
1856—1860	17·4	23·8		—	—	21·6		39·6	
1861—1865	17·1	28·3	33·9		—	21·2	21·4 (1861—1870)	42·7	28·9[2]) (1861—1870)
1866—1870	18·3	32·0	33·7	17·8	—	21·3		41·1	
1871—1875	18·6	34·4	36·6	18·3	17·8	24·3	22·3 (1871—1880)	38·8	27·6[3])
1876—1880	17·6	29·8	35·4	17·5	19·5	23·8		37·5	25·9[4])
1881—1885	17·6	27·9	35·6	16·1	18·7	22·2	21·4	33·1	29·5[5])
1886—1890	17·5	26·3	34·3	16·5	18·3	25·5	19·0	31·9	—
1891—1895	16·2	24·2	35·5	15·8	18·6	22·2	24·0	30·3	24·8
1896—1900	15·4	21·8	32·9	16·6	17·2	18·0	23·3	28·0	23·0
1901—1905	16·0	20·2	30·2	15·9	16·0	17·4	22·7	23·7	21·2

Aus Tabelle XIV ergibt sich, daß die Kindersterblichkeit in Frankfurt a. M., nach Jahrfünften betrachtet, von 1850 bis 1875 anstieg, jedoch erfolgte der Anstieg in ganz mäßigem Tempo, vom Jahre 1875 zu 1900 erfolgt dann wieder ein ständiger Abfall, der erst im Jahre 1901—1905 einem geringen Ansteigen wieder Platz machte, doch zeigen gerade die

[1]) 1850—1859.
[2]) 1860—1869.
[3]) 1872—1877.
[4]) 1878—1882.
[5]) 1883—1887.

beiden letzten Jahre 1906 und 1907 wieder ein bedeutendes Fallen. Das Ansteigen von 1859—1875 ist übrigens nur durch einige Jahre mit erhöhter Kindersterblichkeit mitbedingt worden. Das waren die Jahre 1857 und 1858, die sehr heiß waren, 1871 war die Kindersterblichkeit infolge des Krieges erhöht. Die erhöhte Kindersterblichkeit vom Jahre 1878—1880 ist durch die Eingemeindung der kinderreichen Vorstadt Bornheim veranlaßt, die sich allerdings später wieder ausgeglichen hat.

Die Zunahme der Säuglingssterblichkeit von den Jahren 1865 ab hatte aber auch einen inneren Grund, beruhend auf der gegen früher geänderten sozialen und Altersgliederung der Bevölkerung. Dies verschuldete die Einführung der Freizügigkeit, der Gewerbefreiheit sowie die Einverleibung Frankfurts in den preußischen Staat. Vordem war die Stadt ein kleiner in sich abgeschlossener Staat, der sich gegen jeden Zuzug Fremder in jeder Weise wehrte. Infolge des Wohlstandes war die Zahl der Dienstboten, Gesellen und Angestellten eine sehr große, die aber meistens ledig waren, da ihre Verheiratung fast vollständig unmöglich gemacht war. Die Zahl der kinderreichen armen Familien war eine äußerst geringe, daher auch sowohl die Säuglingssterblichkeit als auch die Geburtsziffer eine geringe war[1]. Die Verhältnisse änderten sich bereits mit dem Jahre 1864, der Zeit der erleichterten Niederlassung und noch stärker seit dem Jahre 1867, dem Jahr, mit dem die Schranken der noch vielfach abgeschlossenen Freistadt fielen, daher denn jetzt auch die Eheschließungen zunehmen und die Geburtsziffer rapid steigt, von 21·5 in 1861—1865 auf 29·9 in 1866—1870. Was die Beziehungen der letzteren zur Ziffer der Säuglingssterblichkeit anlangt, so läßt sich ein Parallelismus nicht verkennen. Dem Ansteigen und Sinken der Geburtenzahl entsprach auch im allgemeinen eine solche der Kindersterblichkeit. Doch stieg die Geburtsziffer bis zum Jahre 1880 an, während die Säuglingssterblichkeit bereits von 1875 ab abnimmt. Von 1890—1900 steigt dann die Geburtsziffer wieder an, während das Sinken der Kindersterblichkeit dadurch nicht aufgehalten wird. 1901—1905 endlich sinkt die Geburtsziffer, während die Säuglingssterblichkeit wieder ansteigt.

Was das Verhältnis der Säuglingssterblichkeit zur Gesamtsterblichkeit anlangt, so steigt der Prozentsatz der Säuglinge an derselben ständig an, mit Ausnahme des Jahrzehntes 1885—1895. Dieses Aufsteigen ist natürlich durch die zunehmende Besserung der Lebenslage der anderen Altersklassen und die Abnahme der Sterblichkeit bei denselben zu erklären. So beruht der geringe Anteil der Säuglingssterblichkeit 1885—1890 an der Gesamtsterblichkeit zweifellos auf einer Mehrsterblichkeit der Erwachsenen infolge der in dieser Periode öfter grassierenden Influenza.

Einen Vergleich mit einer Anzahl deutscher Großstädte ermöglicht die Tabelle XV. Sie zeigt im Vergleiche mit diesen Städten, daß die

[1] Spieß, Jahrestabelle der Geburts- und Sterblichkeitsverhältnisse in Frankfurt a. M. Veröffentlichungen des kaiserlichen Gesundheitsamtes. 1. Jahrgang, 1877, S. 18.

Säuglingssterblichkeit in Frankfurt eine sehr niedere ist und daß dies nicht nur in der Gegenwart der Fall ist, sondern die ganze Periode von 1850 ab wahrzunehmen ist. Ebenso niedrig wie in Frankfurt ist die Kindersterblichkeit nur in Essen und Elberfeld, höher dagegen in Berlin, Hamburg, Leipzig, Straßburg, München und Chemnitz.

Niedriger wie in anderen Großstädten ist in Frankfurt auch die Prozentzahl der Sterbefälle von Kindern unter einem Jahre an der Gesamtzahl der Gestorbenen. Sie ergibt sich aus folgender Tabelle, welche die Jahre 1886—1891 umfaßt[1]).

Tabelle XVI.

	Frankfurt a. M.	Großstädte über 100.000 Einw.	Städte über 15.000 Einw.	Preußen
1886	26·9	37·1	36·1	32·6
1887	23·6	35·6	34·3	31·5
1888	24·6	35·9	34·8	32·5
1889	25·4	37·8	36·5	33·2
1890	22·4	36·0	34·9	32·0
1891	24·4	37·5	36·1	

Über die hohe Säuglingssterblichkeit in Straßburg im Vergleiche zu Frankfurt a. M. haben Krieshe und Krieger Betrachtungen angestellt und die Ursache in der erhöhten Ziffer der unehelichen Geburten, den weniger günstigen klimatischen und Wohlstandverhältnissen in Straßburg gegenüber Frankfurt gefunden[2]). Die Tabelle XV zeigt übrigens auch, daß die Säuglingssterblichkeit seit 1850 in sämtlichen dort aufgeführten Städten den gleichen Verlauf zeigt: Zunahme der Säuglingssterblichkeit bis ungefähr zur Mitte der Siebzigerjahre, von da an wieder Abnahme. Der Verlauf ist demnach derselbe wie in Frankfurt. Die Ursachen dieses typischen Verlaufes sind zweierlei Art, sie sind erstens im Verlaufe der Geburten und zweitens in der Beschaffenheit der sanitären Zustände begründet. Die Kurve der Säuglingssterblichkeit läuft durchaus parallel der Geburtskurve, auch hier haben wir eine Zunahme bis zum Ende der Siebzigerjahre, von da ab eine Abnahme zu verzeichnen. Was die sanitären Verhältnisse anlangt, so betont Prinzing[3]) sehr richtig, daß die Zunahme der Kindersterblichkeit in den Sechziger- und Siebzigerjahren mit der raschen Entwicklung der Städte zu erklären sei. Menschenmassen strömten in den größeren Städten zusammen, die nirgend auf diesen Ansturm vorbereitet waren, weder mit Kanalisation, Wasserleitungen oder Bauordnungen, so daß tatsächlich an vielen Orten ungesunde Verhältnisse schwerer Art entstanden.

[1]) Beiträge zur Statistik der Stadt Frankfurt a. M. Neue Folge. 2. Heft. S. 4.

[2]) Statistische Mitteilungen über Elsaß-Lothringen. Band XI, S. 110.

[3]) Prinzing, Die Entwicklung der Kindersterblichkeit in Stadt und Land. Zeitschrift für soziale Medizin. 1909. S. 17.

Als dann nach und nach die städtischen Verwaltungen die Besserung der gesundheitlichen Verhältnisse in ihr Programm aufnahmen, besserten sich die sanitären Zustände und dies kam auch im Sinken der Kindersterblichkeit zum Ausdruck[1]).

2. Die Säuglingssterblichkeit nach dem Geschlechte.

Tabelle XVII.

Jahrzehnt	Auf 100 geborene Säuglinge männl. Geschlechtes starben	Auf 100 geborene Säuglinge weibl. Geschlechtes starben	Auf 100 männl. Säuglinge starben weibl.
1851—1860	17·2	15·7	91
1861—1870	19·3	14·6	75
1871—1880	19·1	17·3	90
1881—1890	19·5	16·7	85
1891—1900	17·5	14·8	87
1901—1907	17·5	14·2	85

Die Tabelle XVII zeigt zunächst, daß, wenn man die Säuglingssterblichkeit der Knaben und Mädchen gesondert betrachtet, der Verlauf von 1850 bis zur Gegenwart nicht ganz genau der allgemeinen Säuglingssterblichkeit ohne Sonderung des Geschlechtes entspricht. Es sind zwei Abweichungen zu verzeichnen: einmal nimmt die Sterblichkeit der Knaben bis zum Jahre 1890 zu, anderseits zeigt die der Mädchen nicht eine ständige Zunahme wie bei den Knaben von 1850 bis 1880, sondern das Jahrzehnt 1861—1870 zeigt eine Abnahme. Von den Achtzigerjahren nimmt die Sterblichkeit der Mädchen stärker ab wie die der Knaben, wie dies auch in der preußischen Statistik der Fall ist. Die Sterblichkeit der Knaben ist in allen Perioden größer wie die der Mädchen, doch in wechselndem Verhältnisse, am meisten überwiegt die Sterblichkeit der Knaben die der Mädchen in der Zeit von 1861—1870, starben doch hier auf 75 Mädchen 100 Knaben, am geringsten in den Jahren 1851—1860, wo auf 100 Knaben 91 Mädchen starben. In den letzten 25 Jahren entspricht das Verhältnis der Mädchen- zur Knabensterblichkeit ziemlich genau dem preußischen Landesdurchschnitte, welcher 85 beträgt. In den Jahren 1901—1905 verhält sich die Mädchen- zur Knabensterblichkeit wie 85 : 100, in Berlin wie 83 : 100, in Chemnitz wie 84 : 100, in Elberfeld wie 92 : 100, in Essen wie 82 : 100, in Leipzig wie 96 : 100, in München wie 99 : 100, in Straßburg wie 85 : 100. Unter den genannten Städten hat demnach Frankfurt die größte Knabensterblichkeit. Im ganzen Deutschen Reiche starben auf 100 Knaben Mädchen 1902 88, 1903 85, 1904 82, 1905 84, 1906 ebenfalls 84.

Von 100 gestorbenen Säuglingen waren 1891—1907 55·5 Knaben und 44·5 Mädchen. Während auf 100 geborene Mädchen 104 Knaben

[1]) Eine vergleichende Statistik der Säuglingssterblichkeit in den Großstädten findet sich auch in der „Preußischen Statistik" Band 182, 1934, S. XVI.

entfallen, der Knabenüberschuß demnach 4 beträgt, war dieser anfängliche Knabenüberschuß bereits nach einem Jahre fast wieder aufgehoben, denn auf 104 geborene Knaben starben 17 vor Ablauf des 1. Jahres, es blieben also noch 87 am Leben, von 100 geborenen Mädchen 14, es blieben demnach noch 86 am Leben.

3. Die Sterblichkeit der ehelichen und unehelichen Kinder.

Tabelle XVIII.

Beobachtungszeit	bei den ehelichen	bei den unehelichen
1876—1880	16·0	32·5
1881—1885	16·2	30·9
1886—1890	15·7	33·8
1891—1895	14·2	31·9
1896—1900	13·4	33·9
1901—1907	12·5	31·4

Während nach obiger Tabelle in den letzten dreißig Jahren die Sterblichkeit der ehelichen Kinder ständig abgenommen hat, ist sie bei den unehelichen ziemlich stationär geblieben. Ein Vergleich mit den anderen Großstädten für diesen Zeitraum ergibt, daß die Sterbeverhältnisse der unehelichen recht verschieden waren, teilweise sind recht erhebliche Abnahmen zu verzeichnen, so sank z. B. in Berlin die Sterbeziffer der unehelichen von 47·7 in 1875—1880 auf 29·5 in 1901—1906; in Breslau von 45·1 auf 32·6; dagegen stieg sie in Dortmund von 35·1 auf 48·1 und in Elberfeld von 37·9 auf 42·1. Vergleicht man die Sterblichkeitsziffer der unehelichen in Frankfurt für die Periode von 1901—1906 mit der anderer preußischer Großstädte, so ergibt sich, daß die größte Sterblichkeit aufweisen:[1])

Dortmund 48·1; Stettin 42·6; Elberfeld 42·1; Düsseldorf 37·8; Barmen 37·1. In Frankfurt a. M. betrug sie 31·4. Niedriger war sie nur in Halle a. d. S. 31·0; in Kiel 29·3; in Charlottenburg 29·9; in Berlin 29·5 und in Hannover 27·4. Frankfurt nimmt demnach unter den 18 preußischen Großstädten die 6. günstigste Stelle ein und die Sterblichkeit der Unehelichen bleibt für diesen Zeitraum unter dem preußischen Staatsdurchschnitt, der 32·5 betrug.

Nun ist bekanntlich die Berechnung der gestorbenen Säuglinge nach dem Familienstande nicht ganz einwandfrei, denn es werden vielfach die außer der Ehe geborenen Kinder durch nachträgliche Eheschließung legitimiert; wenn sie sterben, belasten sie demnach die Zahl der ehelich gestorbenen, während diese Kinder, weil sie unehelich geboren wurden, natürlich den unehelichen zugerechnet werden. Sie müßten konsequenterweise, wenn sie nachträglich sterben, den unehelichen zugeschrieben werden. Wie hoch die Zahl der legitimierten Säuglinge, und nur diese kommen hier in Betracht, läßt sich aus dem „Statistischen

[1]) Statistisches Jahrbuch für den preußischen Staat. Berlin 1908, S. 19.

Jahrbuch deutscher Städte[1])" entnehmen. Demnach wurden von im Jahre 1904 in Frankfurt a. M. geborenen 1200 unehelichen Säuglingen 98 legitimiert, es starben im gleichen Jahre 102 uneheliche Kinder, es wären demnach die unter den 98 legitimierten Säuglingen verstorbenen, deren Zahl unbekannt ist, der Zahl der unehelich verstorbenen zuzurechnen, die letztere Zahl würde sich alsdann etwas, aber doch nicht sehr wesentlich erhöhen.

Noch nach anderer Richtung ist die Sterblichkeit der Unehelichen zu korrigieren. Wie durch die Legitimierungen wird ihre Zahl auch dadurch vermindert, daß eine mehr oder weniger große Zahl von unehelich Geborenen nach ihrer Geburt auswärts in Pflege gebracht werden, so daß auch dadurch das Verhältnis zwischen unehelich Geborenen und Gestorbenen getrübt wird und die Sterblichkeit der Unehelichen tatsächlich höher ist als ein Vergleich der Zahlen der Lebendgeborenen und Gestorbenen ergibt.

v. Fircks[2]) zählt Frankfurt zu den Städten, welche ihre ehelichen Säuglinge mit Vorliebe den Nachbarorten zuschieben, wodurch die Sterbeziffer der unehelichen Säuglinge in den Nachbarorten ungebührlich erhöht wird. So betrug im Kreise Frankfurt 1875—1882 die Sterblichkeit der unehelichen 36·9[3]), während sie sich in der Stadt selbst auf etwa 31 belief. Dies ist umso bemerkenswerter, als die Zahl der unehelichen Geburten im Landkreise kleiner ist wie im Stadtkreise. Von 1000 Geborenen waren 1890—1891 unehelich im Stadtkreise 112, im Landkreise 85.

Die Sterblichkeit der unehelichen Kinder steht natürlich in Beziehungen zur Zahl der unehelichen Geburten. In Frankfurt a. M. waren unter 100 Geborenen uneheliche

1876—1880 10·2, 1881—1885 10·7, 1886—1890 10·9 und 1891—1900 12·2 sowie 1901—1907 13·7. Die Zahl der unehelichen Geburten ist demnach seit 1876 in steigender Zunahme begriffen, nachdem sie in den Jahren 1861—1865 noch 20 betrug und darnach stetig absinkend in den Jahren 1876—1880 den tiefsten Stand mit 10·2 erreicht hatte. Nach Schloßmann[4]) betrug in den Jahren 1901—1905 in 39 deutschen Großstädten die Durchschnittszahl der unehelichen Geburtsziffer 13·7, sie schwankte in recht erheblichen Grenzen von 2·5% in München bis 29% in Duisburg. Frankfurt a. M. entspricht daher hinsichtlich der unehelichen Geburtsziffer dem Durchschnitte der deutschen Städte.

In allen deutschen Städten überwiegt die Sterblichkeit der Unehelichen die der Ehelichen, aber das Maß dieses Überwiegens differiert bei den verschiedenen Städten. Rott[5]) teilt die Städte in zwei Gruppen ein, die erste Gruppe, bei welcher die Kindersterblichkeit der ehelich Ge-

---

[1]) Statistisches Jahrbuch deutscher Städte. 1908, S. 163.

[2]) v. Fircks, Bevölkerungslehre und Bevölkerungspolitik. 1898, S. 273.

[3]) v. Fircks, Die Zeit der Geburten und die Sterblichkeit der Kinder während des ersten Lebensjahres. Zeitschrift des königlich preußischen statistischen Bureaus. 1885, S. 140.

[4]) Schloßmann, Säuglingsfürsorge und Statistik. Münchener med. Wochenschrift. 1907, S. 11.

[5]) Rott, Säuglingssterblichkeit bei den Unehelichen in deutschen Städten. Monatsschrift für soziale Medizin. 1904, S. 513.

borenen im Vergleiche zu den unehelich Geborenen in einem Verhältnis steht wie 1 : 1·9 und in eine zweite Gruppe, bei welcher die Sterblichkeit der unehelichen Kinder doppelt so groß ist als bei den ehelichen Kindern und noch erklecklich darüber hinausragt. Den Reigen der ersten Gruppe: 1896—1900 eröffnet München, wo die Sterblichkeit der unehelichen das 1·03fache beträgt, gegenüber der ehelichen; den Schluß der zweiten Gruppe bildet Kassel, in welcher Stadt das betreffende Verhältnis 3 : 1 beträgt. Frankfurt a. M. gehört zur zweiten Gruppe mit der 2·5fachen Sterblichkeit der Unehelichen gegenüber der Ehelichen. Bei dieser Gegenüberstellung ist jedoch nicht zu vergessen, daß das Verhältnis in Frankfurt deswegen ein ungünstiges ist, weil die Sterblichkeit der ehelichen Kinder außerordentlich niedrig ist, während da, wo die Sterblichkeit der der ehelichen Kinder relativ hoch ist, wie in München, die Differenzen natürlich sehr klein ausfallen müssen.

Die Kindersterblichkeit bei Ehelichen und Unehelichen nach dem Geschlechte.

Tabelle XIX.

Periode	ehelich		unehelich	
	Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen
1876—1880	17·1	14·6	37·6	37·1
1881—1885	17·7	17·4	32·3	27·5
1886—1890	17·3	14·8	37·1	31·8
1891—1895	15·4	16·5	35·1	19·1
1896—1900	14·4	12·1	35·8	31·3
1901—1907	14·1	11·7	38·9	28·9

Im ganzen Zeitraume starben auf 100 eheliche Knaben 90 Mädchen, auf 100 uneheliche Knaben 85 Mädchen. Die Sterblichkeit der ehelichen Mädchen ist demnach um 10%, bei den unehelichen um 15% geringer wie bei den Knaben, bei den unehelichen starben also verhältnismäßig mehr Knaben als bei den ehelichen. Dieses Faktum weicht ab von den Berechnungen Knöpfels[*], der für Preußen, Sachsen, Bayern und einige andere ausländische Staaten das Gegenteil ermittelte. Es war nämlich in diesen Staaten die Mindersterblichkeit der unehelichen Mädchen geringer als bei den ehelichen, bei den ehelichen schwankt die Mindersterblichkeit der Mädchen zwischen 14 und 17%, bei den unehelichen dagegen zwischen 8 und 13%.

4. Säuglingssterblichkeit und Konfession.

Die Berechnung der Säuglingssterblichkeit nach der Konfession unterliegt großen Schwierigkeiten, denn im Gegensatze zum Geschlecht und Alter ist die Konfession nicht ein unabänderlicher Begriff, vielmehr kann dieselbe jederzeit willkürlich geändert werden. Wenn schon bei den

*) Knöpfel, Über die spezifische Sterblichkeit beider Geschlechter. Allgemeines statistisches Archiv. 1907, S. 233.

rein konfessionellen Ehen das Kind nicht jedesmal der Konfession der Eltern zu folgen braucht, so sind die Schwierigkeiten bei den gemischten Ehen noch größer. Natürlich ist auch damit zu rechnen, daß die Eltern auch im Laufe des Säuglingsalters einen Religionswechsel bei ihren Kindern veranlassen. Ganz besonders wichtig sind diese Momente bei der Berechnung der Säuglingssterblichkeit der Juden. v. Fircks war wohl der erste Statistiker, der daran erinnerte, daß ein Teil der von jüdischen Eltern Geborenen bald nach der Geburt getauft und bei den christlichen Geborenen gezählt wird, wodurch die Zahl der von jüdischen Eltern Geborenen eine der Wirklichkeit nicht entsprechende Verminderung erfährt[1]. Wie groß die Zahl dieser Kinder ist, läßt sich nicht angeben, weil die preußische Statistik diese Kinder nicht als getaufte Juden, sondern als geborene Christen zählt. In der folgenden Tabelle, die sich auf die ehelichen Kinder bezieht, haben wir konform dem Vorgehen der preußischen Statistik[2]) bei den Geborenen jeweils das Religionsbekenntnis des ehelichen Vaters zugrunde gelegt und bezeichnen daher als evangelische Kinder solche, die von einem evangelischen Vater geboren sind, als katholische solche, deren Vater Katholik war usw. Es ist zweckmäßiger, das Religionsbekenntnis des Vaters zum Ausgangspunkte zu nehmen, weil dieses in Mischehen für die Bestimmung des Religionsbekenntnisses des Kindes im allgemeinen von ausschlaggebenderer Bedeutung ist wie das der Mutter. Die Beziehung der einzelnen Religionsverhältnisse bei den geborenen und gestorbenen Säuglingen wird allerdings nur annähernd richtig sein; namentlich bei den Juden dürfte das Verhältnis der gestorbenen Säuglinge mit Rücksicht auf die zahlreichen nachträglichen Taufen gegenüber der Zahl der Geborenen sich als zu klein erweisen.

Tabelle XX.

Es starben Kinder von 100 geborenen ehelichen bei den

	Evangelischen	Katholiken	Israeliten
1891—1895	15·9	16·8	7·8
1896—1900	16·2	17·9	7·9
1901—1907	17·0	19·4	6·1

Unter 100 Gestorbenen waren Säuglinge bei den

	Evangelischen	Katholiken	Israeliten
1891—1900 . . .	14·5	14·1	7·5
1901—1907 . . .	14·5	14·2	7·1

Mit Ausnahme des Jahrfünfts 1891—1895 weisen demnach die Katholiken die höchste Sterblichkeit auf, die Evangelischen standen in der Mitte, die niedrigste Sterblichkeit war bei den Israeliten zu konsta-

[1]) v. Fircks, Rückblick auf die Bewegung der Bevölkerung im preußischen Staate von 1816—1874. Preußische Statistik, Band 48 A, S. 28.

[2]) v. Fircks, Die Zahl der Geburten und die Sterblichkeit während des 1. Lebensjahres in Preußen, 1875—1882. Zeitschrift des königlich preußischen statistischen Bureaus. 1885.

tieren, und zwar beträgt sie bei diesen weniger als die Hälfte der Säuglingssterblichkeit bei den Christen. Bemerkenswert ist auch, daß, während die eheliche Kindersterblichkeit im allgemeinen seit 1891 ständig gesunken ist (vergl. Tabelle XVIII), ein Ansteigen bei den ehelichen Kindern der christlichen Bevölkerung festzustellen ist.

Scheidet man die Kindersterblichkeit bei den verschiedenen Konfessionen wiederum nach dem Geschlechte aus, so ergibt sich, daß

1901—1907 bei den Protestanten die Knabensterblichkeit 18·1, die Mädchensterblichkeit 15·5 war, bei den Katholiken war sie 18 und 15·5, bei den Israeliten 7·5 und 6·0.

Überall war demnach auch bei den verschiedenen Konfessionen die Knabensterblichkeit größer wie die der Mädchen. Von den Protestanten starben auf 100 Knaben 90 Mädchen, bei den Katholiken 91, bei den Israeliten dagegen 80. Die bedeutende Mehrsterblichkeit der Knaben bei den Israeliten mag mit dem hohen Überschusse der Knabengeburten im Zusammenhange stehen. In ganz Preußen war 1875—1882 das Verhältnis der Knabensterblichkeit zur Mädchensterblichkeit bei den ehelichen Knaben der Protestanten 100 : 89, bei den Katholiken 100 : 84 und bei den Juden 100 : 85. Auch in dieser Periode ist die Übersterblichkeit der Knaben bei den Juden größer wie bei den Christen.

Die Ursache der verschiedenen Höhe der Kindersterblichkeit liegt nicht in dem Rassenunterschiede, worüber alle Beurteiler einig sind. Vielmehr differieren eine Anzahl anderer Momente, welche auf die Kindersterblichkeit von Einfluß sind, bei den verschiedenen Konfessionen. Vor allem die Höhe der Geburtsziffer und die Wohlstandsverhältnisse. Die Geburtsziffer betrug 1905 bei den Evangelischen 26·6, bei den Katholiken 31·6 und bei den Israeliten 15·8. Die Zahl der unehelichen Geburten betrug auf 100 von evangelischen Müttern geborene Kinder 13·2, bei den Katholiken 16·2 und bei den Juden 2·9. Die Ursache, daß die Katholiken die höchste Kindersterblichkeit aufweisen, beruht demnach auf ihrer hohen Geburtsziffer sowie auf ihrer hohen Unehelichkeitsgeburtsziffer und schließlich auch darauf, daß sie den geringsten Wohlstand unter allen Konfessionen in Frankfurt aufweisen. Umgekehrt haben die Juden infolge ihrer niedrigen Geburtsziffer, ihrer minimalen Unehelichkeitsquote sowie ihres großen Wohlstandes die niedrigste Säuglingssterblichkeit, wozu auch noch der Umstand kommt, daß die Kinderpflege und die Behandlung der erkrankten Kinder bei den Juden eine besonders sorgfältige ist. In einem späteren Kapitel wird noch näher auf diese Momente zurückzukommen sein.

5. Die Kindersterblichkeit nach Lebensmonaten.

Die Frankfurter Medizinalstatistik gibt die Möglichkeit, seit 1876 die Kindersterblichkeit nach Lebensmonaten, seit 1881 auch nach Lebenstagen und Lebenswochen zu berechnen, seit letzterem Jahre auch unter Ausscheidung nach dem Geschlechte und der Legitimität. Wenn wir die Kindersterblichkeit einmal auf die Lebendgeborenen, anderseits auf die gestorbenen Säuglinge beziehen, so erhalten wir folgende Tabellen:

Tabelle XXI.

Die Sterblichkeit der Säuglinge in Frankfurt a. M. 1876—1907 nach erreichtem Lebensalter, Geschlecht und Legitimität.

Jahres-durchschnitte	Von je 1000 Lebendgeborenen starben in der 1. Lebenswoche am							in der				im											
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
	Tage							Lebenswoche				Lebensmonat											
A. Kinder überhaupt.																							
1872—1875	—	—	—	—	—	—	—	24	—	—	—	30	22	18	15	13	12	10	9·1	7·7	6·2	7·4	5·9
1876—1880	—	—	—	—	—	—	—	23·8	—	—	—	44	20	17	15	15	12	12	9·3	8	9·7	9	6·4
1881—1885	8·6	—	—	—	—	—	—	23	—	—	—	41	22	19	16	14	11	11	8·1	10·6	8·8	7·4	5·2
1886—1890	5·4	—	—	—	—	—	—	21·8	—	—	—	42	20	17	15	13	11	9·8	10	9·7	9·8	8·1	7·1
1891—1895	11	3·0	1·7	0·9	0·9	0·8	0·8	20	6·1	6·2	5·9	39	25	15	14	12	10	8·6	8·5	9·1	8·6	6·7	6·6
1896—1900	12	3·2	1·9	0·8	0·9	0·9	0·7	21	6·3	6·7	5·7	41	20	16	13	11	11	8·9	7·7	7·1	6·6	6·5	5·8
1901—1907	10	4·3	2·5	0·94	0·89	0·74	0·74	21	6	6·8	5·2	40	19	17	15	12	12	9·4	8·0	8·1	7·5	6·2	6·2
B. Männliche.																							
1891—1895	13	3·1	2·3	1·1	1·0	1·0	1·3	23	6·8	6·8	6·4	15	25	17	16	13	11	9·4	8·6	8·4	8·5	6·4	6·4
1896—1900	13	3·9	2·0	0·8	0·8	1·1	0·9	23	7	7	6·2	13	22	19	12	14	12	9·4	8·7	8·2	6·6	1·4	5·6
1901—1907	11	1·4	2·4	1·7	1·0	0·7	0·89	22	6·2	6·9	5·4	41	12	18	13	12	16	10	7·9	7·8	9·4	6·6	5·9
C. Weibliche.																							
1891—1895	9·8	2·8	1·1	0·58	0·95	0·88	0·68	17	4·8	5·6	5·4	33	18	13	13	12	10	7·6	8·4	8·1	8·6	6·6	6·8
1896—1900	12	2·4	1·9	1·3	0·8	0·8	0·49	21	5	6·2	4·9	37	17	15	12	11	9·9	8·8	6·7	5·6	6·8	12	5·9
1901—1907	9·7	3·7	2·3	1·1	0·72	0·82	0·58	19	4·9	5·8	4·4	34	15	13	12	10	9·7	6·9	7·6	6·8	6·4	5·6	5·2

Jahres-durchschnitte	Von je 1000 Lebendgeborenen starben in der 1. Lebenswoche am							in der				im											
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
	Tage							Lebenswoche				Lebensmonat											
D. Eheliche.																							
1891—1895	9·3	1·5	1·7	0·9	0·8	0·9	0·6	18	5·3	5·1	5·8	37	20	13	13	11	10	8·9	8·0	7·8	8·1	7·5	6·9
1896—1900	11	3·2	1·8	1·0	0·83	0·86	0·7	19	5·1	5·9	3·9	31	13	13	10	10	9·5	8·4	7·3	6·2	9·5	6·8	7·2
1901—1907	8·4	3·4	2·1	1·0	0·78	0·67	0·63	14	3·5	5·2	3·9	32	18	13	6·5	8·5	7·8	8·0	6·8	6·9	7·8	5·8	5·8
E. Uneheliche.																							
1891—1895	24	6·5	1·6	0·85	1·6	1·4	2·5	37	11	13	16	84	56	31	25	19	18	12	11	9	11	10	5·9
1896—1900	32	5·6	3·6	2·5	1·6	2·5	1·1	49	16	21	24	188	81	56	39	36	27	15	14	12	10	9·2	5·9
1901—1907	16	8·4	4·4	2·9	2·1	2·0	1·4	11	12	16	13	87	53	42	35	23	16	15	10	10	7·6	5·7	6·1
F. Eheliche Männliche.																							
1891—1907	11	3·6	2·6	1·1	0·79	0·77	0·86	19	5·7	5·8	4·6	36	16	15	14	11	10	9·2	8·0	7·8	7·4	8·8	5·9
G. Eheliche Weibliche.																							
1891—1907	8·8	2·4	1·6	0·92	0·73	0·8	0·42	15	4·0	4·4	3·4	28	12	9·8	9·2	9·0	8·2	7·7	7·0	6·2	6·5	9·3	5·9
H. Uneheliche Männliche.																							
1891—1907	25	7·8	4·7	4·0	3·0	2·3	1·9	49	14	17	18	94	65	50	36	26	22	16	15	13	10	10	6·7
I. Uneheliche Weibliche.																							
1891—1907	33	7·5	3·3	1·3	1·3	1·8	1·8	38	11	16	17	88	56	40	34	28	21	12	10	14	9·8	6·8	5·8

Tabelle XXII.

Von 1000 im 1. Lebensjahre gestorbenen waren alt:

Alter	1876 bis 1880	1881 bis 1885	1886 bis 1890	1891 bis 1895		1896 bis 1900		1901 bis 1907	
	Gestorbene überhaupt			Gestorbene überhaupt	Uneheliche	Gestorbene überhaupt	Uneheliche	Gestorbene überhaupt	Uneheliche
Von									
0— 1 Tag	—	—	—	72	78	80	76	66	59
1— 2 Tage	—	—	—	18	20	20	13	26	22
2— 3 „	—	—	—	10	5·4	10	8·5	15	13
3— 4 „	—	—	—	5·8	2·7	7·1	5·8	9·4	9·2
4— 5 „	—	—	—	6·0	5·4	5·5	3·9	6·6	6·1
5— 6 „	—	—	—	6·9	4·2	6·2	5·8	5·5	6·5
6— 7 „	—	—	—	5·3	8·1	4·7	2·6	4·9	4·6
0— 1 Woche	—	—	—	124	120	136	116	125	127
1— 2 Wochen	—	—	—	37	37	39	39	37	40
2— 3 „	—	—	—	38	42	42	49	42	53
3— 4 „	—	—	—	30	51	36	56	32	42
0— 1 Monat	253	235	243	243	269	259	276	252	276
1— 2 Monaten	116	127	117	156	179	127	189	119	167
2— 3 „	97	111	100	93	99	105	134	106	136
3— 4 „	90	94	88	91	89	83	91	96	112
4— 5 „	84	82	78	79	61	75	87	76	74
5— 6 „	72	63	64	66	57	70	63	62	32
6— 7 „	63	61	55	53	39	56	36	58	48
7— 8 „	53	45	58	52	37	48	31	52	28
8— 9 „	45	56	55	56	29	44	29	50	31
9—10 „	54	50	55	52	38	41	24	46	44
10—11 „	51	41	46	40	30	44	21	38	19
11—12 „	37	29	40	40	18	36	14	38	21

Innerhalb des ersten Lebensjahres ist demnach die Lebensbedrohung der Säuglinge um so größer, je jünger die Kinder sind, unmittelbar nach der Geburt erreicht sie ihren höchsten Stand und nimmt von da an mit kurzen Unterbrechungen ab. Dieser Satz gilt sowohl für Knaben als auch für die Mädchen, für eheliche wie für uneheliche Kinder. In jeder Periode ist mit ganz vereinzelten Ausnahmen die Sterbeziffer der Knaben höher wie die der Mädchen, die der unehelichen größer wie die der ehelichen.

Die Sterblichkeit aller Säuglinge überhaupt ist am ersten Tag drei- bis viermal so groß wie am zweiten Tag, in der ersten Woche zwei- bis

dreimal so groß wie in der zweiten Woche, im ersten Monat doppelt so groß wie im zweiten Monat, dann wird die Sterblichkeit langsam von Monat zu Monat kleiner.

Die Unterbrechung der Abnahme der Sterblichkeit am Ende der ersten Woche durch eine einige Tage anhaltende unbedeutende Steigerung, die u. a. von Eröss[1]) berichtet wird, läßt sich auch für Frankfurt nachweisen. Auffallend ist ferner in Frankfurt eine geringe Zunahme der Sterblichkeit in der zweiten zur dritten Woche.

Um einen Vergleich der Alterssterblichkeit der Säuglinge mit der anderwärts beobachteten zu ermöglichen, stellen wir in folgender Tabelle die Frankfurter Ziffern mit den Ergebnissen der preußischen Statistik[2]) zusammen.

Tabelle XXIII.

Alter:	Frankfurt a. M. 1901—1905:	Preußen 1905:
0— 1 Tag	10	11·2
1— 2 Tage	4·3	5·3
2— 3 „	2·5	3·4
3— 4 „	1·5	2·1
4— 5 „	0·91	1·5
5— 6 „	0·89	1·3
6— 7 „	0·74	1·4
0— 1 Monat	40·0	56·0
1— 2 Monaten	19·0	22·0
2— 3 „	17·0	20·0
3— 4 „	15·0	17·0
4— 5 „	12·0	14·0
5— 6 „	10·0	12·0
6— 7 „	9·1	11·0
7— 8 „	8·9	10·0
8— 9 „	8·9	9·1
9—10 „	7·5	8·5
10—11 „	6·2	7·5
11—12 „	6·2	6·7

Es ergibt sich aus diesen Ziffern, daß in allen Altersperioden die Säuglingssterblichkeit geringer ist wie in Preußen. Recht niedrig ist namentlich auch die Sterblichkeit im ersten Monate im Vergleich mit anderen Städten.

Nach Berechnungen von Eröss[3]) starben in den ersten vier Wochen in 16 europäischen größeren Städten durchschnittlich 10% der Lebend-

[1]) Eröss, Die Sterblichkeit der Neugeborenen und Säuglinge. Jahrbuch für Kinderheilkunde.

[2]) Die Sterblichkeit nach Todesursachen und Altersklassen der Gestorbenen im Preußischen Staate vom Jahre 1905. Preußische Statistik, Band 199, S. VIII.

[3]) Eröss, Das Verhältnis der Mortalität innerhalb der ersten vier Lebenswochen. Jahrbuch der Kinderheilkunde. 1891, S. 8.

geborenen, und zwar schwankt diese Ziffer zwischen 5·2 und 15·6 %. Letztere Ziffer betrifft München. Wenn nun auch in diesen Städten in den letzten Jahren die Sterblichkeitsziffer gesunken ist, so dürfte sich doch noch lange nicht die niedrige Ziffer Frankfurts erreichen.

Was den Vergleich der Sterblichkeit der ehelichen Kinder mit den unehelichen anbelangt, so haben Fr. J. Neumann und Würzburg ermittelt, daß in manchen Gegenden Deutschlands die unehelich Geborenen einer geringeren Sterblichkeit unterworfen sind und daß erst in der zweiten Woche die Sterblichkeit der ehelichen derjenigen der unehelichen gleichkomme. Davon ist in Frankfurt nichts nachzuweisen, vielmehr ist die Sterblichkeit der unehelichen in Frankfurt doppelt so groß wie die der ehelichen und man erhält demnach dasselbe Ergebnis, zu welchem die Preußische Statistik gelangt, die feststellte, daß die Sterblichkeit der unehelichen Kinder während der ersten 14 Tage fast doppelt so hoch als die der gleichalten ehelichen Kinder ist[1]. Auch in Sachsen trifft man nach Geißler[2] auf dasselbe Verhältnis und er erklärt die erhöhte Sterblichkeit in den ersten Tagen zum Teil dadurch, daß sich unter den unehelichen Geburten eine sehr große Zahl Erstgeburten befinden, welche an und für sich eine höhere Sterblichkeit aufweisen.

Was den Vergleich der Sterblichkeit in den einzelnen Monaten bei den ehelichen und unehelichen anlangt, so war, die Sterblichkeit der ehelichen Kinder = 100 gesetzt, die der unehelichen:

Tabelle XXIV.

	in Frankfurt a. M. 1901—1907	in Berlin[3] 1905
im ersten Monat	271	213
„ zweiten „	294	238
„ dritten „	333	186
„ vierten „	538	148
„ fünften „	277	175
„ sechsten „	205	163
„ siebenten „	187	155
„ achten „	125	128
„ neunten „	146	116
„ zehnten „	104	113
„ elften „	98	112
„ zwölften „	105	95

Der Unterschied in der Sterblichkeit der ehelichen und unehelichen Kinder ist demnach in Frankfurt viel größer als wie in Berlin, er steigt

[1]) v. Fircks, Rückblick auf die Bewegung der Bevölkerung im preußischen Staate während des Zeitraumes von 1816 bis zum Jahre 1874. Preußische Statistik Band 48 A, S. 108.

[2]) Geißler, Über die Sterblichkeit der Neugeborenen im ersten Lebensalter. Zeitschrift des königlich sächsischen statistischen Bureaus. Band 31, S. 145.

[3]) Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin. 1905, S. 28.

in Frankfurt vom ersten bis vierten Monat an und erreicht seinen Höhepunkt im fünften, in Berlin bereits im zweiten Monat. Das Maximum der Differenz beträgt in Frankfurt $138^0/_0$, in Berlin nur $238^0/_0$, vom dritten beziehungsweise vierten Monat sinkt der Unterschied ständig mit einigen Schwankungen, so daß die Sterblichkeit in den letzten drei Monaten bei den Unehelichen nur unwesentlich größer ist, wie bei den Ehelichen, ja, in Frankfurt im vorletzten, in Berlin im letzten noch unter die der Ehelichen sinkt.

Die Erscheinung, daß die Sterblichkeit bei den Unehelichen im vierten Lebensquartal bedeutend absinkt, findet ihre Erklärung darin, daß bei den unehelich Geborenen meist nur die besonders kräftigen die vielfachen Gefahren überstehen, welche in den ersten Lebensmonaten auf sie einwirken, die in den späteren Monaten am Leben Gebliebenen stellen daher eine Auslese der besonders Widerstandsfähigen dar.

Hinsichtlich des Unterschiedes der Knaben- und Mädchensterblichkeit ist zu bemerken, daß hier dieselbe Regelmäßigkeit wahrzunehmen ist, die Knöpfel[1]) gefunden hat. Im ersten Lebensmonat ist die Sterblichkeit der Mädchen ungefähr um $20^0/_0$ geringer wie die der Knaben. Vom zweiten Lebensmonat an wird der Unterschied zwischen Knaben- und Mädchensterblichkeit stetig geringer, derart, daß im 12. Lebensmonat nur noch ein unbeträchtlicher Überschuß der Knabensterblichkeit vorhanden ist. Arbeiten, die Vergleiche anstellen über den Unterschied der Säuglingssterblichkeit mit Beziehung auf Alter, Geschlecht und Zivilstand, sind sehr spärlich vorhanden. Die älteste hierher gehörige Arbeit ist erst die von Fr. J. Neumann[2]). Wie schon oben erwähnt, fand dieser Autor, daß es für Baden nicht zutreffe, daß bald nach der Geburt die unehelichen Kinder mehr vom Tode bedroht werden wie die ehelichen, weder bei den Knaben noch bei den Mädchen. In der ersten Lebenswoche weisen die unehelichen Knaben noch eine geringere Sterblichkeit auf wie die ehelichen, dagegen ist bei den Mädchen in der ersten Woche die Sterblichkeit der unehelichen größer wie die der ehelichen. Behrens[3]) bestätigte diese Resultate für die Jahre 1871–1890, er fand aber, im Gegensatz zu Neumann, daß auch die unehelichen Mädchen in der ersten Woche ungünstiger dastehen wie die Knaben. Diese Ergebnisse treffen für Frankfurt nicht zu, ebensowenig wie diejenigen der neueren wiederholt angeführten Arbeit Knöpfels, wonach die Knaben gegenüber den Mädchen bei den unehelichen weniger gefährdet seien als bei den ehelichen, namentlich solle dies in den letzten Lebensmonaten des ersten Jahres der Fall sein. Der Autor schließt daraus, daß bei der Aufziehung der unehelichen Kinder den Mädchen noch weniger Sorgfalt gewidmet

---

[1]) Knöpfel, l. c., S. 235.

[2]) Fr. J. Neumann, Die Sterblichkeit der ehelichen und unehelichen Kinder, insbesondere innerhalb der jüdischen Bevölkerung in Baden. Holtzendorffs und Brentanos Jahrbuch. I. 1877, S. 152.

[3]) Behrens, Der Verlauf der Säuglingssterblichkeit im Großherzogtum Baden. Beiträge zur Statistik und Verwaltung von Baden. 46. Heft, S. 14.

wurde wie den Knaben. Zutreffend ist lediglich, daß am ersten Tage die Sterblichkeit bei den unehelichen Mädchen größer ist wie bei den Knaben und daß aber auch bei den ehelichen im ersten Lebensmonat die Sterblichkeit der Mädchen größer ist wie die der Knaben.

Betrachten wir nunmehr das Verhältnis der im ersten Lebensjahr verstorbenen nach Alterstagen und Monaten mit Bezug auf die gestorbenen Säuglinge überhaupt, so ergibt sich, daß auf 1000 gestorbene Säuglinge entfallen:

Tabelle XXV.

Alter	in Frankfurt a. M. 190[illegible]—1907		in Preußen[1] 1905	
	total	uneheliche	total	uneheliche
Über 0— 1 Tag	66	59	56	41
„ 1— 2 „	26	22	36	25
„ 2— 3 „	15	13	17	15
„ 3— 4 „	9·6	9·2	11	10
„ 4— 5 „	6·6	6·1	7·9	7·3
„ 5— 6 „	5·5	6·5	7·0	6·7
„ 6— 7 „	4·9	4·6	7·2	6·8
„ 0— 1 Monat	252	276	285	285
„ 1— 2 „	149	167	113	147
„ 2— 3 „	106	136	102	126
„ 3— 4 „	96	112	88	98
„ 4— 5 „	76	74	74	76
„ 5— 6 „	62	52	65	62
„ 6— 7 „	58	48	57	52
„ 7— 8 „	52	28	50	40
„ 8— 9 „	50	31	46	33
„ 9—10 „	46	44	43	29
„ 10—11 „	38	19	38	26
„ 11—12 „	38	21	34	22

Die preußische Statistik weist dabei auf die auffallende Tatsache hin, daß bei Berechnung von auf 1000 gestorbenen Säuglingen die unehelichen Säuglinge in den ersten sieben Tagen nach der Geburt nicht so zahlreich starben, wie die ehelichen. Dieser Unterschied zugunsten der unehelich Geborenen zeigt sich erst wieder vom fünften Lebensmonat ab.

Nach Prinzing stammen ein Viertel bis zwei Fünftel der im ersten Lebensjahr gestorbenen Kinder aus dem ersten Lebensmonat. In Frankfurt a. M. sind es kaum mehr wie ein Viertel, in Preußen waren es 1905 28·5‰, in Berlin 31·2‰.

---

[1] Die Sterblichkeit nach Todesursachen und Altersklassen der Gestorbenen im preußischen Staate während des Jahres 1905. Preußische Statistik. Band 199, S. VII.

Tabelle XXVI.

In 1903 kamen Todesfälle von 100 gestorbenen Säuglingen auf das Lebensvierteljahr:

	1.	2.	3.	4.
in Frankfurt a. M.	47·2	23·6	16·5	12·7
„ Preußen	51·4	22·2	14·9	11·3

Auch aus dieser Zusammenstellung ergibt sich wieder, daß in Frankfurt a. M. die Sterblichkeit der Säuglinge in den ersten Lebensmonaten geringer ist als durchschnittlich in Preußen.

Werfen wir noch zum Schlusse einen Blick auf die Entwicklung der Alterssterblichkeit der Säuglinge während der ganzen uns beschäftigenden Periode, so ergibt sich, daß die Sterblichkeit der Kinder in der jüngsten Lebensperiode abgenommen hat, so fiel die Sterblichkeit der in der ersten Woche gestorbenen Säuglinge von 24 in 1872—1875 auf 20 in 1901—1907, die der Säuglinge im ersten Monat von 44 auf 40 im gleichen Zeitraum. Dieses Absinken wird noch markanter, wenn wir uns der Monatssterblichkeit am Anfange des vorigen Jahrhunderts erinnern, wo dieselbe 86 betragen hat. Die Sterblichkeit der Säuglinge im ersten Lebensmonat ist demnach seit 100 Jahren um über 100% gefallen.

Zwei Merkwürdigkeiten stoßen uns bei diesen Berechnungen noch auf: einmal, daß die Sterblichkeit am ersten Tage in den Jahren 1880—1890 viel niedriger gewesen ist wie später, anderseits, daß die Periode 1896—1900 durchgehends viel ungünstiger abschneidet wie die vorhergehende 1891—1896 und die nachfolgende 1901—1907.

6. Kindersterblichkeit nach den Jahreszeiten.

Tabelle XXVII.

Von 100 Sterbefällen des ersten Jahres fallen in Frankfurt a. M. auf die Monate:

	1851–1865	1866–1875	1876–1885	1886–1895	1896–1907
Januar	7·74	7·96	7·02	6·94	6·44
Februar	7·80	7·30	6·98	6·72	6·82
März	8·64	8·44	8·61	8·69	7·18
April	9·59	7·74	8·22	8·29	7·31
Mai	9·17	8·74	8·87	7·93	7·76
Juni	8·72	9·94	9·18	8·37	7·57
Juli	9·8	11·91	12·39	10·6	11·9
August	10·89	10·18	11·76	12·5	11·4
September	8·19	8·70	8·82	9·36	10·4
Oktober	6·67	6·57	6·39	7·58	6·82
November	6·58	5·89	5·40	5·28	5·81
Dezember	7·06	7·13	6·45	6·69	6·98

Tabelle XXVIII.

Dieselbe Tabelle mit Ausscheidung des Geschlechts.

	1851—1865		1866—1875		1876—1885		1886—1895		1896—1897	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
Januar	6·95	8·5	8·58	7·25	6·90	7·06	6·8	6·7	6·9	6·7
Februar	8·42	7·07	7·43	7·16	7·31	6·57	6·8	6·5	6·5	5·6
März	8·62	8·65	9·13	7·59	8·77	8·12	9·3	8·0	7·1	6·5
April	10·04	9·98	7·59	7·81	8·72	7·62	9·2	7·8	7·2	6·5
Mai	8·73	9·60	8·89	8·56	9·42	8·21	8·2	8·1	7·7	7·1
Juni	9·06	8·79	9·29	10·63	9·40	8·91	9·0	8·3	9·3	6·6
Juli	8·42	9·69	12·41	11·32	11·64	10·11	12·5	12·8	12·1	10·9
August	11·45	10·74	9·72	10·74	11·13	12·53	13·0	12·4	13·2	11·8
September	8·26	8·10	7·98	9·57	8·84	8·78	9·6	9·7	9·0	9·6
Oktober	6·43	6·95	6·28	6·92	6·88	6·89	8·2	7·3	6·5	6·7
November	6·69	6·31	5·29	5·51	6·55	5·82	5·0	4·5	5·0	3·5
Dezember	6·90	7·25	7·55	6·62	5·85	7·10	7·0	6·2	6·7	6·5[1]

[1] Die drei ersten Kolumnen der Tabelle 27 sowie die sechs ersten der Tabelle 28 sind entnommen aus „Beiträge zur Statistik der Stadt Frankfurt a. M.“ Band II, 3. Heft. „Beiträge zur inneren Bewegung der Bevölkerung der Stadt Frankfurt a. M.“ Band III, 1. Heft, S. 58. „Vergleichende Übersichten über die Bewegung des Zivilstandes der Stadt Frankfurt a. M.“, 1866—1875, S. 26, endlich Band V, 4. Heft, S. 25.

Bezieht man die Gestorbenen auf die Lebendgeborenen des betreffenden Monats, so ergibt sich für die Jahre 1903—1907, daß auf 100 der Geborenen starben:

Im Monat Jänner	13·9		Im Monat Juli	27·3
„ „ Februar	12·5		„ „ August	22·6
„ „ März	14·5		„ „ September	16·2
„ „ April	15·5		„ „ Oktober	13·4
„ „ Mai	13·1		„ „ November	14·1
„ „ Juni	13·2		„ „ Dezember	12·6

Die Monatssterblichkeit zeigt demnach im Laufe der letzten 50 Jahre einen ziemlich übereinstimmenden Verlauf. Vom November ab, wo sie das Minimum erreicht, nimmt die Kindersterblichkeit den ganzen Winter und Frühling hindurch langsam und ziemlich gleichmäßig zu, bis sie im Juli und August ihr Maximum erreicht, um dann rasch auf ihr Minimum im November zu fallen, von welchem Monat an dann die Steigerung wieder beginnt[1]. Dasselbe Ergebnis erhalten wir auch, wenn wir die Sterblichkeit nach den Jahresquartalen gruppieren.

Tabelle XXIX.

Von 100 gestorbenen Säuglingen starben im:

	1851–1865	1866–1875	1876–1885	1886–1895	1896–1907
I. Quartal Jänner bis März	24·18	23·70	22·61	22·35	19·91
II. Quartal April bis Juni	27·48	26·42	26·27	24·59	22·64
III. Quartal Juli bis September	28·08	30·79	32·88	32·56	36·70
IV. Quartal Oktober bis Dezember	20·26	19·09	18·24	19·55	19·61

Dabei ergibt sich aber die interessante Tatsache, daß sich die Beteiligung der einzelnen Jahreszeiten an der Gesamtsterblichkeit stark veränderte, namentlich ist die Zunahme der Sommersterblichkeit sehr charakteristisch, sie steigt von 28·08 in 1851—1865 sukzessive auf 36·7 in 1896—1907. Dementsprechend nimmt die Frühjahrs- und Wintersterblichkeit ab und während die Differenz zwischen Frühjahrs- und Sommersterblichkeit 1851—1866 nur 0·6 betrug, wurde sie im Laufe der

[1] Spieß, Die Gesundheits- und Sterblichkeitsverhältnisse von Frankfurt a. M. im Jahre 1901 im Jahresberichte über die Verwaltung des Medizinalwesens der Stadt Frankfurt a. M. 1902, S. 28.

Jahrzehnte immer größer, um 1895—1907 auf etwas über 14 zu steigen. Diese Entwicklung des Sommergipfels ist es auch, welche heutigen Tages die Jahreskurve der Sterblichkeit der Säuglinge anders verlaufen läßt wie die der Erwachsenen, während beide in früheren Jahren einander viel mehr ähnlich waren. Denn der Frühjahrsgipfel war 1851—1866 auch bei den Säuglingen stark entwickelt, was auch von Varrentrapp[1]) betont wird. Jedenfalls konnte man damals neben dem Sommergipfel auch von einem Frühjahrsgipfel sprechen, der im April seinen Höhepunkt erreichte.

Da der Sommergipfel infolge des Auftretens von tödlichen Brechdurchfällen und Magendarmkatarrhen entsteht, diese aber wiederum fast ausschließlich bei Kindern auftreten, die nicht gestillt, vielmehr künstlich genährt werden, so dürfte man berechtigt sein, aus diesen Tatsachen den Rückschluß zu ziehen, daß das Stillen in Frankfurt a. M. in den letzten fünf Jahrzehnten abgenommen hat.

Wir haben den Verlauf der Jahressterblichkeit für größere Zeiträume zusammengefaßt; es erübrigt hervorzuheben, daß in den einzelnen Jahren der Verlauf ein verschiedener war, beeinflußt durch die meteorologischen, namentlich die Temperaturverhältnisse. Spieß gibt in den „Jahrbüchern der Verwaltung des Medizinalwesens der Stadt Frankfurt a. M." seit 1867 für die einzelnen Jahre die Verschiedenheiten des Verlaufes in Beziehung zu den Witterungseinflüssen an. Wir entnehmen denselben, daß eine hohe Kindersterblichkeit großer Kälte, eine hohe Säuglingssterblichkeit großer Hitze parallel geht. Der ungesündeste Monat war 1851—1866 der August, von 1866—1885 der Juli, während in den letzten zwanzig Jahren der Monat August wieder die höchste Sterblichkeit aufwies. Vereinzelt fiel auch die hohe Säuglingssterblichkeit auf den September, zweimal, 1876 und 1877, wies der Juni die höchste Sterblichkeit auf, 1881 fiel dem April diese Rolle zu. Auch gegenüber dem November, dem Monate der niedrigsten Säuglingssterblichkeit, finden sich Ante- und Postponierungen. So fiel in einigen Jahren die niedrigste Säuglingssterblichkeit auch auf den Dezember, auf Januar und Februar.

Was die Verteilung der Monatssterblichkeit auf die beiden Geschlechter anlangt, so zeigt die Tabelle XXVIII, daß die Mindersterblichkeit nicht in allen einzelnen Monaten nachzuweisen ist.

Recht lehrreich ist der Vergleich der Monatssterblichkeit der Frankfurter Säuglinge mit der anderer Städte (s. Tabelle XXX, S. 14).

Man sieht, wie die Sterblichkeit sich in den einzelnen Städten verschieden auf die Monate verteilt und daß namentlich erhebliche Differenzen bezüglich der Höhe der Sommersterblichkeit zu verzeichnen sind. Die Sterblichkeit Juli bis September beträgt nach dieser Tabelle in Frankfurt a. M. [illegible], in Düsseldorf 49·7, in Dresden 38·5, in München 30·5 und in den deutschen Städten über 15.000 Einwohner 39·8.

---

[1]) Varrentrapp, Statistische Angaben über Kindersterblichkeit in der Stadt Frankfurt a. M. 1851—1866. Beiträge zur Statistik der Stadt Frankfurt a. M. Band II, S. 128.

Nach Silbergleit[1]) sind Anteile von nahezu 40% im dritten Quartal nicht selten in den deutschen Städten, sie finden sich in Braunschweig, Stettin, Hannover, Magdeburg und Halle. Besonders hoch ist die Sommersterblichkeit außer in Düsseldorf in Leipzig, wo dieselbe 1861—1895 47·8 betrug; in Berlin betrug sie 1905 41·1. Nur in 11 Großstädten betrug im Anfang der Neunzigerjahre die Sommersterblichkeit unter 35·0 und zu diesen gehörte auch Frankfurt a. M., wie es denn auch heute noch durch eine niedrige Sterblichkeit sich auszeichnet. Während im Vergleich mit den Geborenen in Frankfurt 1903—1907 im Juni 18·2, im Juli 27·3, im August 22·6 und im September 16·2 starben, waren die entsprechenden Zahlen in Berlin 19·53, 29·14, 47·5 und 23·5. Prinzing[2]) weist darauf hin, daß in den Städten der norddeutschen Tiefebene die Steigerung der Kindersterblichkeit im Sommer viel größer ist wie in Süddeutschland, daher ist sie in München nur eine geringfügige. Besonders groß ist nach demselben Autor die Säuglingssterblichkeit in den Städten, die eine geringe nächtliche Abkühlung (also ein hohes Wärmeminimum) haben, wie Berlin, Hamburg, Leipzig. Für Leipzig wirft Geißler die Frage auf, ob nicht für die Höhe der Säuglingssterblichkeit im Sommer das Wohnungsklima als besondere Schädlichkeit in Betracht komme[3]).

Für die deutschen Städte über 100.000 Einwohner hat Schloßmann[4]) das in Frage kommende statistische Material für die Jahre 1903—1905 zusammengebracht. In allen diesen Städten betrug die Sterblichkeit im dritten Quartale 40·1 von 100 Gestorbenen. Frankfurt bleibt demnach mit einer Sommersterblichkeit von 36·3 erheblich unter dem Durchschnitt, der auch von Berlin mit einer Säuglingssterblichkeit von 41·1 noch übertroffen wird. Während im Vergleich mit den Geborenen in Frankfurt a. M. 1903—1907 im Juni 18·2, im Juli 27·3, im August 22·6 und im September 16·2 starben, waren die entsprechenden Zahlen 1905 in Berlin 19·53, 29·14, 47·5 und 23·5[5]).

Sterben im günstigsten Monat in den deutschen Großstädten 100, so sterben nach Schloßmann im August, dem ungünstigsten, 282. Derselbe Autor hat die großen deutschen Städte mit über 100.000 Einwohnern je nach der Höhe des Sommergipfels in 4 Gruppen eingeteilt. zur ersteren mit niederem Gipfel, in welcher das Verhältnis des Monats mit der geringsten Sterblichkeit im August zwischen 100:151 bis 100:275 liegt, gehört auch Frankfurt a. M. mit 240, den höchsten Sommergipfel

[1]) Silbergleit, Über den gegenwärtigen Stand der Kindersterblichkeit, ihre Entstehung und ihre Entwicklung in europäischen Großstädten. Hygienische Rundschau 1905, S. 231.

[2]) Prinzing, Handbuch der medizinischen Statistik. S. 297.

[3]) Geißler, Über die Säuglingssterblichkeit im Königreich Sachsen nach der Jahreszeit. Kalender und statistisches Jahrbuch für Sachsen. 1891, S. 70.

[4]) Schloßmann, Probleme der Säuglingsfürsorge. Med. Reform. 1907, Nr. 17 und 18.

[5]) Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin. 1905, S. 39.

erreicht Halle, bei dem das Verhältnis des Monats mit der geringsten Sterblichkeit zu dem der höchsten von 100 : 505 ist, woselbst also 51% aller überhaupt sterbenden Kinder in den heißen Monaten sterben. Die Annahme Prinzings[1]), daß allgemein in den Städten der norddeutschen Tiefebene die Steigerung der Sommersterblichkeit viel größer sei wie in den süddeutschen Städten, wird von Schloßmann nicht bestätigt. Nach seinen Untersuchungen ist die geographische Lage ohne Einfluß auf die Höhe der Sommersterblichkeit, da die Gruppe der Städte mit niederer Sterblichkeitsziffer der Säuglinge eine Reihe von Städten in sich vereinigt, die nach der geographischen Lage ebensowenig ein gemeinsames Land erkennen lassen wie nach der sozialen Gliederung und den sozialen Verhältnissen.

Tabelle XXX.

So starben von 100 Säuglingen in

Im Monat:	Frankfurt a. M. 1901—1905	Düsseldorf[2]) 1903—1905	Dresden 1901—1905	München 1901—1905	In den deutschen Städten über 15.000 Einwohnern 1902—1905[3])
Januar	6·44	6·7	7·4	7·9	7·1
Februar	6·32	5·2	7·4	7·4	6·3
März	7·18	5·8	7·7	8·1	7·0
April	7·31	5·2	7·2	7·8	6·5
Mai	7·76	5·4	6·9	7·9	6·9
Juni	7·57	6·4	6·9	7·7	7·3
Juli	11·9	18·2	11·3	10·0	13·6
August	14·0	22·4	19·2	10·6	16·8
September	10·4	9·4	11·1	9·7	10·6
Oktober	6·82	6·1	6·2	8·2	7·0
November	5·81	5·5	5·6	7·5	5·8
Dezember	6·98	5·7	6·2	6·9	6·4

Von Interesse ist es nun, aus der Summe der Gesamtsterblichkeit der Säuglinge einzelne kleinere Altersgruppen auszuscheiden und deren Sterblichkeit in Beziehung zu den Kalendermonaten zu setzen. Leider ist dies nur für das Jahr 1899 möglich, in welchem die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre in den einzelnen Monaten nach erreichten Lebensmonaten ausgeschieden ist[4]). Die dort angegebenen absoluten Zahlen in relative Zahlen umgerechnet geben folgendes Bild:

[1]) Prinzing, Handbuch, S. 29.

[2]) Schloßmann, Statistik und Säuglingsfürsorge. Münchener med. Wochenschrift 1907, Nr. 1.

[3]) Das Deutsche Reich in gesundheitlicher und demographischer Hinsicht 1907, S. 88.

[4]) Statistische Mitteilungen über den Zivilstand der Stadt Frankfurt a. M. im Jahre 1899 in Frankfurt a. M. S. 15.

Tabelle XXXI.

	Es starben im Alter von Monaten											
	0—1	1—2	2—3	3—4	4—5	5—6	6—7	7—8	8—9	9—10	10—11	11—12
Januar	8·5	5·4	12·0	6·8	9·0	8·4	13·2	12·5	12·0	12·8	5·0	7·0
Februar	8·9	4·3	7·2	8·5	5·4	8·4	6·6	7·5	4·8	19·2	7·5	7·0
März	9·0	4·6	2·4	6·8	9·0	10·5	8·8	7·5	4·8	9·6	17·5	14·0
April	12·6	5·4	12·4	6·8	3·6	2·1	6·6	17·5	9·6	—	10·0	17·5
Mai	5·8	10·8	2·4	6·8	12·6	10·5	13·2	15·0	16·8	12·8	2·5	17·5
Juni	7·4	7·5	8·4	11·9	9·0	6·3	6·6	2·5	12·0	6·4	7·5	3·5
Juli	10·1	20·6	8·4	10·7	9·0	12·6	6·6	7·5	2·4	3·2	10·0	7·0
August	9·5 } 27·6	13·2 } 43·5	18·6 } 34·3	8·5 } 27·2	23·4 } 36·0	10·5 } 33·6	13·2 } 22·0	10·0 } 25·0	12·0 } 16·8	9·6 } 19·2	17·5 } 32·5	10·5 } 28·0
September	8·0	9·7	12·0	8·5	3·6	10·5	2·2	7·5	2·4	6·4	5·0	10·5
Oktober	7·4	7·5	6·0	10·2	1·8	5·45	6·6	2·5	4·8	6·4	2·5	7·0
November	6·4	8·2	4·8	5·1	3·6	4·27	6·6	2·5	4·8	9·6	7·5	—
Dezember	6·4	8·2	3·6	6·8	10·8	5·45	11·1	7·5	12·0	3·2	7·5	7·5

Da es sich hier nur um ein Jahr und kleine Zahlen handelt, so sind Schlüsse aus diesen Zahlen nur mit größter Vorsicht zu ziehen. Unter diesem Vorbehalt ergibt sich, wenn wir die Sommersterblichkeit der einzelnen Altersklassen betrachten, daß gerade der erste Lebensmonat durch die große Sommerhitze auffallend wenig bedroht ist, in hohem Maße dagegen der zweite Lebensmonat, die Sterblichkeit ist auch noch in den folgenden Monaten relativ hoch, vom 7. Monat ab nimmt der Sommergipfel aber ständig ab, um nur noch einmal vorübergehend im Februar zu steigen. Diese Feststellungen stimmen auffallend überein mit denen, die Groth[1] und Fürst für München gefunden haben. Groth[1]) bemerkt, daß die Steigerung der Sommersterblichkeit am stärksten bei den Kindern im zweiten Lebensmonat auffällt und daß sie um so geringer wird, je älter das Kind ist. Fürst[2]) fand, daß die Erhöhung der Säuglingssterblichkeit in der heißen Jahreszeit gegenüber dem Winter für die jüngsten Kinder nur eine geringe ist. Den Grund hierfür findet er darin, daß der Sommer mit seiner Wärme auf die lebensschwachen und lebensunreifen Kinder einen lebenserhaltenden Einfluß ausübt und daher der verderbliche Einfluß der Sommerhitze für die Säuglinge dieses Alters nicht zum Ausdruck kommt. Dagegen ist, wie in Frankfurt, auch in München im zweiten Lebensmonat die Wirkung der sommerlichen Hitze außerordentlich bedeutend und in beiden Städten wird die Höhe der Sommersterblichkeit im zweiten Lebensmonate von anderen Lebensmonaten nicht mehr erreicht.

Während die einen Monat alten Säuglinge in Frankfurt a. M. durch die Sommerhitze weniger gefährdet sind, ist dies in erhöhtem Maße durch die Winterkälte der Fall, was mit den Erfahrungen Lombards übereinstimmt, der darauf hinwies, daß den einmonatigen Säuglingen die Winterkälte viel gefährlicher ist wie die Sommerhitze. Zu gegenteiligen Ergebnissen gelangt Fürst für München und Geißler[3]) für Sachsen.

7. Die Kindersterblichkeit nach Stadtteilen.

Seit 1876 ist die Kindersterblichkeit in Frankfurt a. M. nach den einzelnen Stadtteilen gruppiert, seit 1891 auch nach den einzelnen (33) Stadtbezirken. Für unsere Zwecke dürfte die Berechnung der relativen Sterblichkeit in den einzelnen Stadtbezirken genügen[4]) und für die beiden größten Bezirke, die Außenstadt und die Neustadt, haben wir auch Berechnungen für die Unterbezirke angestellt, da diese wiederum in eine Anzahl sozial verschiedener Bezirke zerfallen.

[1]) Groth, Zeitschrift für Hygiene.

[2]) Fürst, Die Säuglingssterblichkeit in München in den Jahren 1895—1904 und der Einfluß der Witterungsverhältnisse auf dieselbe. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege 1907, S. 419.

[3]) Geißler, Über die Sterblichkeit der Neugeborenen im 1. Lebensmonat. Zeitschrift des Königlich sächsischen statistischen Bureaus. 1885, S. 148.

[4]) Die Berechnung der relativen Säuglingssterblichkeit in den 33 Stadtbezirken findet sich für das Jahr 1891 in „Beiträge zur Statistik der Stadt Frankfurt“. Neue Folge. 2. Heft. 1892 S. 21.

Auf 100 Geborene entfallen gestorbene Säuglinge:

Tabelle XXXII.

	1874–1882	1883–1890	1891–1899		1900–1907	
			ehelich	unehelich	ehelich	unehelich
Altstadt	20·6	21·8	19·9	32·2	18·8	21·2
Neustadt	18·0	16·0	13·2	30·6	10·3	20·3
Außenstadt	13·2	12·7	11·4	20·8	18·8	24·3
Inn. Sachsenhausen	18·6	21·0	15·8	42·8	15·6	45·6
Äuß. Sachsenhausen	17·1	19·7	12·0	40·3	9·0	28·7
Bornheim	20·6	20·1	14·7	54·4	15·3	70·3
Bockenheim	—	—	16·1	41·1[1]	15·0	57·8
Niederrad	—	—			22·8	65·2
Oberrad	—	—	—	—	19·0	10·0
Seckbach	—	—	—		10·7	25·6

Säuglingssterblichkeit in den Stadtteilen Frankfurts.

Auf 1000 Lebendgeborene starben unter 1 Jahr:

Tabelle XXXIII.

	1895[2]	1906	Geburtsziffer 1906
Altstadt	23·4	31·5	22·2
Westl. Neustadt	11·1	11·9	12·0
Nördl. Neustadt	11·82	19·6	24·6
Östl. Neustadt	26·17	30·4	16·4
Südwestl. Außenstadt	11·11	16·4	24·7
Westend	10·78	5·3	11·2
Nordwest	19·07	7·5	16·2
Nordend	11·18	13·5	18·9
Nordost	15·17	20·8	26·4
Ostend	16·89	12·3	18·4
Bornheim	17·19	27·5	34·1
Inneres Sachsenhausen	24·23	32·0	28·9
Äußeres Sachsenhausen	16·23	12·5	22·8
Bockenheim	—	17·7	26·6

Danach weisen eine hohe Kindersterblichkeit auf das innere Sachsenhausen, die Altstadt, die östliche Neustadt und Bornheim, eine

[1] Bockenheim von 1896–1899.

[2] Entnommen den Beiträgen zur Statistik der Stadt Frankfurt a. M. Neue Folge, 2. Heft, 1895, S. 22.

sehr niedere das Westend, Nordwest, die westliche Neustadt, das Ostend, das äußere Sachsenhausen und das Nordend, eine mittlere, ungefähr dem Durchschnitt entsprechende Sterblichkeit weisen die südwestliche Außenstadt und Bockenheim auf, über den Durchschnitt erheben sich die nördliche Neustadt und die nordöstliche Außenstadt, die niedrigste Sterblichkeit wird in den reichsten Vierteln angetroffen, die höchste in dem am meisten vom Proletariat durchsetzten. Zugleich kommt aber dabei auch der Einfluß der Geburtenziffer in Betracht, im allgemeinen geht eine hohe Kindersterblichkeit mit einer hohen Geburtsziffer, eine geringe mit einer niedrigen Hand in Hand. Eine bemerkenswerte Ausnahme machen nur die Altstadt und die östliche Innenstadt, die trotz mittlerer und niedriger Geburtsziffern eine hohe Kindersterblichkeit haben. Bemerkenswert ist ferner, daß zwei stark von Arbeitern bewohnte Bezirke, die südöstliche und nordöstliche Außenstadt, trotzdem sie eine höhere Geburtsziffer haben wie die Altstadt, doch eine bedeutend niedrigere Sterblichkeitsziffer wie diese aufweisen. Darin möchten wir den Einfluß der günstigen Wohnungsverhältnisse erkennen, es handelt sich in diesen Bezirken um durchgehends neue Wohnungsviertel im Gegensatz zu den unhygienischen Wohnungszuständen der Altstadt.

Noch größer sind die Differenzen der einzelnen Bezirke, wenn wir die Sterblichkeit der unehelichen Kinder für sich berechnen; hier steht Bornheim mit 70·3 an der Spitze, es folgt Niederrad mit 65·2, dann Bockenheim mit 57·8, das innere Sachsenhausen mit 48·7. Die übrigen Bezirke weisen eine unter dem Durchschnitt bleibende Sterblichkeit der Unehelichen von 20·3 bis 28·7 auf. Am günstigsten ist sie in Oberrad, wo sie nur 10·0 beträgt. Gegen die Periode von 1891—1899 zeigt die von 1900—1907 eine Verschlechterung der Bezirke, wo sie auch jetzt noch sehr ungünstig sind, eine Besserung dagegen in der Altstadt, Neustadt und im äußeren Sachsenhausen.

Was die Gesamtsterblichkeit der Säuglinge anlangt, so hat sich dieselbe seit Mitte der Siebzigerjahre vergrößert in der Altstadt, dem inneren Sachsenhausen und Bornheim, gesunken ist sie dagegen im äußeren Sachsenhausen.

Auch aus anderen Städten liegen Untersuchungen über die Sterblichkeitsverhältnisse in den einzelnen Stadtgemeinden vor und diese haben gezeigt, daß überall die Verhältniszahlen sehr bedeutende Unterschiede aufweisen. Zu Vergleichen eignen sich aber derartige Unterschiede jedoch schwer, da die Auswahl der einander gegenübergestellten Bezirke eine größere Willkür in sich schließt. Wie in Frankfurt, so ergeben auch die Untersuchungen in anderen größeren Städten, so z. B. Hamburg[1], daß die Stadtteile mit erhöhter Geburtsfrequenz auch eine erhöhte Säuglingssterblichkeit haben und daß die Sterblichkeit desto geringer ist, je weniger Kinder in der betreffenden Stadtgegend geboren werden. Um so weniger Kinder werden aber geboren, je reicher die Stadtteile sind, da-

---

[1] Die Gesundheitsverhältnisse Hamburgs im 19. Jahrhundert. S. 147.

gegen um so mehr, je ärmer sie sind. Die Sterblichkeitsziffern in den einzelnen Bezirken schwanken in Dortmund[1]) von 14·7 zu 20·5, in Berlin zwischen 16·5 und 29·8[2]).

8. Die Säuglingssterblichkeit mit Beziehung auf die Todesursachen.

Tabelle XXXIV.

Nach Varrentrapp[3]) starben 1852—1866 von 100 Säuglingen an:

Todesursache	
Atrophie	15·0
Adynamia	13·8
Pneumonia (Lungenentzündung)	9·5
Eclampsia (Krämpfe)	8·3
Hydrocephalus acutus (hitziger Wasserkopf)	4·6
Diarrhoe / Cholera	7·4
Tuberculosis	3·3
Enteritis folliculosa (Darmkatarrh)	3·1
Bronchitis (Luftröhrenkatarrh)	3·1
Apoplexia pulmonum	1·7
Atelectasis pulmonum	1·4
Unterleibs-Magendarmkrankheit (Atrophie)	39·3
Gehirnkrankheiten und Krämpfe	17·4
Akute Erkrankungen der Atmungsorgane	13·3

Tabelle XXXV.

Von je 100 gestorbenen Säuglingen starben nach v. Oberndorff[4]) in

	1872	1876	1881
An angeborener Lebensschwäche	14·9	13·7	13·59
„ Blattern	0·39	0·57	—
„ Masern	0·39	2·86	0·29
„ Scharlach	—	0·19	0·14
„ Diphtherie	0·78	0·76	0·14
„ Keuchhusten	2·16	2·48	5·58
„ Typhus	0·2	—	—
„ Ruhr	0·2	1·15	—

[1]) Busch, Die Säuglingssterblichkeit in der Stadt Dortmund. Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege. 1905, S. 131.

[2]) Statistisches Jahrbuch 1903, S. 44.

[3]) Varrentrapp, Statistische Angaben über die Kindersterblichkeit in der Stadt Frankfurt a. M. Beiträge zur Statistik der Stadt Frankfurt a. M. 2. Heft, S. 131.

[4]) Die Sterbefälle zu Frankfurt a. M. in den Jahren 1872, 1876 und 1881 nach Altersklassen und Todesursachen. Beiträge zur Statistik der Stadt Frankfurt a. M. IV. Band, 4. Heft, Tabelle 2.

	1872	1876	1881
An Rose	—	0·76	0·29
„ Genickkrampf	0·2	—	—
„ Galopp. Schwindsucht	0·2	0·57	0·43
„ sonst allgemeinen Krankheiten	1·76	1·72	3·0
„ tuberk. Hirnentzündung	2·94	4·96	2·58
„ Hirnschlag	—	0·76	0·29
„ Krämpfen	9·41	7·82	0·59
„ sonstigen Gehirnkrankheiten	1·57	0·57	3·43
„ Krankheiten des Rückenmarkes	0·2	0·19	0·57
„ Krankheiten des Herzens und der Gefäße	0·39	0·96	0·43
„ akuter Luftröhrenentzündung	3·14	6·11	5·01
„ Lungenentzündung	6·08	8·97	5·15
„ Lungenschwindsucht	1·76	0·95	2·29
„ Kehlkopfkrampf	1·37	3·05	2·72
„ Croup	0·2	0·19	—
„ sonstigen Lungenkrankheiten	1·37	0·95	0·57
„ Krankheiten des Rippenfells	—	—	0·14
„ Magendarmkatarrh	24·7	22·71	22·32
„ Brechruhr	5·29	3·82	7·44
„ Ernährungsfieber	17·84	11·07	12·73
„ sonstigen Krankheiten des Verdauungskanals	0·02	—	0·14
An Krankheiten des Bauchfelles	—	—	0·14
„ „ der Leber	0·34	0·76	0·43
„ „ „ Harnorgane	0·2	0·38	0·14
„ „ „ Haut	1·57	1·34	0·29

Tabelle XXXVI.

Von je 100 gestorbenen Säuglingen starben an:

	1872–1890	1891–1899	1900–1907
Lebensschwäche[1]	14·1	15·21	17·8
Masern	1·42	1·32	1·24
Scharlach	0·32	0·05	0·06
Diphtherie	0·67	0·88	0·24
Keuchhusten	3·31	2·57	2·22
Tub. Hirnhautentzündung	2·36	2·11	0·78
Krämpfe	9·74	7·86	10·91
Luftröhrenkatarrh	5·6	3·63	2·78
Lungenentzündung	7·4	7·16	8·82
Lungenschwindsucht	—	1·41	1·04
Stimmritzenkrampf	5·25	4·22	2·89

[1] „Lebensschwäche" umfaßt bis 1891 nur die in der ersten Woche verstorbenen, von 1892 ab „angeborene Lebensschwäche" ohne Rücksicht auf die Sterbezeit.

	1882—1890	1891—1899	1900—1907
Croup	0·16	0·07	0·08
Darmkatarrh	21·91	21·83	19·24
Brechdurchfall	5·76	6·37	7·81
Atrophie	15·69	17·09	13·24
angeborener Syphilis	1·63	1·50	1·25
anderen Krankheiten	11·9	9·59	6·77

Tabelle XXXVII.

Von 1000 lebendgeborenen Kindern starben an:

	1877—1881	1882—1891	1892—1907
Lebensschwäche	23·7	21·7	27·14
Keuchhusten	6·01	5·1	5·63
Masern	1·8	2·0	2·02
Scharlach	0·3	0·4	0·69
Diphtherie	0·7	1·6	0·04
Tuberkul. Hirnhautentzündung	5·3	3·7	1·7
Krämpfen	17·3	15·9	16·69
Bronchitis	8·7	9·1	5·62
Lungenentzündung	10·2	12·6	14·2
Phthisis	—	—	0·18
Stimmritzenkrampf	3·8	7·5	4·89
Magendarmkatarrh	50·1	50·3	51·3
Atrophie	24·9	23·5	17·7
Lues	1·8	2·4	2·45

Todesursachen und Geschlecht der Säuglinge.

Tabelle XXXVIII.

Von je 1000 lebendgeborenen Säuglingen starben

	in Frankfurt a. M. 1872[1]) (lebende)		in Frankfurt a. M. 1896—1902[1]) lebendgeborene		in Preußen[3]) (unter einem Jahr)	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
Angeborene Lebensschwäche	49·3	30·5	28·6	23·9	47·18	37·81
Unglücksfall	10·2	—	0·2	0·2	0·28	0·30
Blattern	1·02	1·09	—	—	—	—
Masern	1·02	1·09	1·4	1·0	(Diphtherie und Croup) 2·04	1·93
Diphtherie	3·08	1·09	0·7	0·5	1·96	1·61
Rose	—	—	0·5	0·3	0·34	0·37
Keuchhusten	1·11	7·64	3·1	4·5	8·08	8·23
Typhus	—	1·09	—	—	0·03	0·03

[1]) Beiträge zur Statistik der Stadt Frankfurt a. M. IV. Band, 4. Heft, Tabelle 4.
[2]) Prinzing, Handbuch. S. 283.
[3]) Preußische Statistik Band 189. S. X.

	in Frankfurt a. M. 1872 (lebende) männl.	weibl.	1898—1902 Lebendgeborene männl.	weibl.	in Preußen (unter einem Jahr) männl.	weibl.
Ruhr	1·02	—	—	—	—	—
Genickkrampf . .	1·02		—	—	—	—
Influenza . .	—	—	0·3	0·7	0·42	0·37
Galopp. Schwindsucht	1·0	—	—		—	—
Sonstige allgemeine Krankheiten .	7·19	2·18	—	—	—	—
Tuberkulose anderer Organe	—	—	1·5	2·0	—	—
Tuberkul. Hirnhautentzündung . .	12·33	3·27	—	—	—	—
Krämpfe . . .	28·77	21·83	21·9	16·0	—	—
Gehirnkrankheiten .	4·11	4·36	3·9	2·2	—	—
Krankheiten des Rückenmarks	1·02		—	—	—	
Krankheiten d. Herzens und der Gefäße	1·02	1·09	2·7	2·3	—	—
Akute Luftröhrenentzündung . . .	8·22	8·73	5·6	4·2	—	
Lungenentzündung	15·41	17·46	14·5	11·4	14·9	11·39
Lungenschwindsucht	3·08	6·55	2·9	2·0	—	—
Kehlkopfkrampf .	6·16	1·09	5·7	4·0	—	—
Croup	1·02		—	—	—	—
Sonst. Lungenkrankheiten .	4·11	3·27	0·6	0·8	—	
Magendarmkatarrh	69·7	69·8	49·1	41·7	35·8	29·6
Brechruhr .	11·30	17·46			31·9	29·1
Ernährungsstörfieber	55·49	40·39	19·6	15·6	—	—
Sonstige Krankheiten d. Verdauungskanals	1·02		—	—		—
Sonstige Krankheiten der Leber . . .	2·05	1·05	—	—	—	—
Sonstige Krankheiten der Harnwerkzeuge	1·02	5·60		—	0·44	0·38
Sonstige Krankheiten der Haut	3·08	5·45	0·8	0·4	—	—
Mord und Totschlag	—	—	1·1	1·5	—	—
Andere unbekannte Ursachen	—	—	7·2	5·6	—	—
	301·90	251·77	171·0	140·8		

Tabelle XXXIX.

Über die monatliche Häufigkeit einzelner Todesursachen bei den Säuglingen gibt die nachfolgende Tabelle Auskunft:

Von je 100 Todesfällen kamen auf die Monate:

	Lebensschwäche			Krämpfe		
	1881–1890	1891–1899	1900–1907	1881–1890	1891–1899	1900–1907
Januar	7·96	9·1	10·55	8·98	8·27	9·2
Februar	5·97	7·6	9·12	11·04	8·02	7·9
März	9·80	8·2	13·05	10·59	7·91	7·4
April	8·52	10·1	8·22	10·16	9·04	9·5
Mai	8·10	9·8	10·91	8·35	8·79	8·5
Juni	8·81	8·4	9·83	8·50	8·91	8·2
Juli	7·24	8·1	6·08	8·68	7·80	8·7
August	9·46	9·5	7·33	7·86	9·80	7·6
September	9·47	7·1	8·22	6·11	7·80	5·8
Oktober	7·96	8·5	5·02	5·82	4·77	6·06
November	6·68	8·8	7·36	5·82	7·80	9·0
Dezember	9·87	9·0	8·05	7·91	9·54	10·8

	Atrophie				Darmkatarrh und Brechdurchfall			
	1872–1880	1881–1890	1891–1899	1900–1907	1872–1880	1881–1890	1891–1899	1900–1907
Januar	6·18		6·31	6·2	3·31	3·41	1·92	2·0
Februar	6·68		6·20	6·1	3·40	3·15	1·71	1·4
März	8·04		6·43	7·9	3·66	3·61	2·33	1·5
April	7·67		7·09	7·2	4·85	4·02	3·15	2·0
Mai	9·40		8·42	6·1	6·74	6·36	6·40	3·6
Juni	10·89		9·09	7·3	12·48	11·02	8·28	6·1
Juli	12·50		12·08	9·9	18·53	22·19	21·05	22·4
August	9·77		14·51	12·7	19·82	21·51	27·77	30·6
September	11·88		12·52	12·2	13·74	12·86	11·51	16·6
Oktober	10·39		9·97	8·9	6·81	5·21	9·43	7·1
November	6·55		6·87	6·6	3·53	2·60	2·52	2·5
Dezember	5·69		6·76	5·7	3·02	2·56	2·87	2·3

	Entzündl. Krankheiten der Atmungsorgane				Stimmritzenkrampf			
	1872–1880	1881–1890	1891–1899	1900–1907	1872–1880	1881–1890	1891–1899	1900–1907
Januar	11·85	9·95	14·9	11·5	13·03	10·71	13·90	11·43
Februar	13·77	10·80	9·73	11·4	9·64	12·24	15·77	11·59
März	12·88	14·97	10·13	11·5	18·42	16·42	15·24	11·97
April	13·77	11·92	9·82	11·5	13·85	11·39	16·16	10·65
Mai	11·74	7·68	10·49	7·9	9·64	12·52	12·56	9·09
Juni	6·73	6·78	7·72	7·9	5·26	5·05	6·67	5·44
Juli	5·26	4·53	7·97	7·9	4·38	4·46	2·94	7·21
August	2·92	4·43	5·37	5·4	2·63	4·48	1·87	5·64
September	3·07	2·75	3·77	5·0	2·63	4·16	2·94	4·07
Oktober	5·12	3·24	4·86	5·0	7·87	4·16	3·45	4·07
November	3·80	4·82	6·12	6·0	6·07	6·25	10·42	6·64
Dezember	9·37	7·78	8·64	9·7	11·40	11·01	10·16	13·48

	Akute Infektionskrankheiten 1872–1880	1881–1890	1891–1900	1901–1907
Januar	7·47	9·35	11·8	7·16
Februar	9·60	8·45	9·84	6·45
März	6·76	8·79	7·84	8·76
April	6·76	8·15	10·45	9·60
Mai	8·18	7·14	10·45	12·60
Juni	11·38	14·38	8·58	9·60
Juli	11·08	9·11	7·80	14·28
August	10·32	16·04	10·10	8·39
September	6·40	7·14	7·90	7·10
Oktober	5·33	4·33	9·84	5·41
November	9·98	6·24	6·56	4·43
Dezember	9·60	9·11	8·58	8·42

Verteilung der Todesursachen auf die Lebenszeitklassen des ersten Lebensjahres.

Tabelle XL.

Von 100 in den Jahren 1893–1907 in Frankfurt a. M. an nachstehenden Krankheiten verstorbenen erreichten nachstehendes Lebensalter:

Todesursachen	1.–2. Woche	3.–4. Woche	1. Monat	2. Monat	3. Monat	4. Monat	5. Monat	6. Monat	7.–12. Monat
Angeborene Lebensschwäche	77·74	15·82	96·43	4·41	0·17	0·05	0·085	—	—
Masern			—	0·80	0·40	0·40	3·60	6·80	86·07
Scharlach		—		—	16·6	—	—		83·33
Diphtherie	—	—	1·03	1·03	1·03	—	1·03	5·15	88·66
Keuchhusten	—	2·03	2·25	9·43	9·02	0·70	8·35	6·99	55·55
Tuberkulose, Hirnhautentzündung	0·94	0·47	1·41	3·84	2·35	5·16	7·52	10·52	68·33
Krämpfe	8·01	7·45	18·63	11·84	12·09	10·48	9·22	9·67	26·91
Luftröhrenkatarrh	1·78	3·90	5·85	14·95	8·94	7·64	10·08	13·17	47·15
Lungenentzündung	1·03	2·18	3·4	6·25	6·36	8·70	6·48	9·23	59·95
Lungenschwindsucht	—	0·46	0·46	2·31	3·69	8·53	10·18	10·18	73·61
Stimmritzenkrampf	0·85	1·64	2·46	3·74	7·55	10·54	12·15	13·62	44·99
Croup	—	—	7·69	7·69	—	7·69	7·69	—	69·23
Magendarmkatarrh	1·51	7·62	9·88	15·95	12·45	11·77	9·42	7·90	20·14
Brechdurchfall	0·74	8·19	7·68	15·71	15·33	14·50	12·09	2·76	28·72
Atrophie	0·41	4·42	5·85	31·69	21·77	15·88	10·0	10·41	16·65
Angeborene Syphilis	8·51	11·05	20·19	20·49	19·66	18·90	9·97	6·64	12·18

Die Statistik über die Todesursachen der Säuglinge in vergleichender und historischer Hinsicht hat mit großen Schwierigkeiten zu kämpfen, insofern als die Nomenklatur und Systematik der Todesursachen im Laufe der Jahrzehnte mehrfach gewechselt hat, es kommt ferner in Betracht, daß dem Belieben des Arztes, wie er eine Krankheit bezeichnen will, oft ein weiter Spielraum gegeben ist. Von größter Wichtigkeit ist ferner, mit Rücksicht auf den Vergleich mit anderen Städten, ob die Todesursachen amtlich beglaubigt sind oder nicht. In weiten Kreisen unseres Landes fehlt bekanntlich heute noch eine ärztliche Leichenschau, bekannt ist ferner, daß gerade das Säuglingsalter dasjenige ist, bei welchem die Beziehung ärztlicher Hilfe selbst bei zu Tode führenden Krankheiten am häufigsten unterbleibt.

Was nun die Stadt Frankfurt a. M. anbetrifft, so ist allerdings die ärztliche Leichenschau schon seit sehr langer Zeit obligatorisch, und solange es eine Todesursachenstatistik gibt, sind auch die verzeichneten Todesursachen amtlich beglaubigt worden.

Faßt man die einzelnen Krankheiten, die zum Tode führten, in größeren Gruppen zusammen, so ergibt sich für die **wichtigsten Todesursachen** folgende

Tabelle XLI.

Von 100 verstorbenen Säuglingen starben an:

	Lebensschwäche	Magendarmkrankheiten und Atrophie	Krämpfe	Erkrankungen der Atmungsorgane
1851—1866 .	—	45·6	8·3	19·3
1867—1880 .	—	42·7	10·6	15·9
1881—1890 .	—	42·0	8·8	19·6
1891—1900 .	16·0	40·6	9·5	17·2
1901—1907	17·8	39·0	11·1	17·0

Daraus ergibt sich, daß unter den zum Tode führenden Krankheiten bei den Säuglingen, wie überall so auch in Frankfurt a. M., die Gruppe der Magendarmkrankheiten sowie die nahe verwandte Abzehrung mit 39% in den Jahren 1901—1907 an der Spitze stehen, es folgen Lebensschwäche mit 17·8%, Erkrankungen der Atmungsorgane mit 17% und Krämpfe mit 11·1%. Im Laufe des Zeitraumes von 1851 bis zur Gegenwart haben die Todesfälle an Magendarmkatarrhen und Atrophia prozentualiter abgenommen, die an den übrigen Krankheiten zugenommen.

Was die Todesursachen mit **Beziehung auf das Geschlecht** anbelangt, so ist der Tabelle 38 zu entnehmen, daß die Knaben von fast allen Krankheiten mehr bedroht werden, namentlich gilt das von den hauptsächlich in Betracht kommenden Krankheiten. Bei denjenigen

Krankheiten, bei welchen die Sterblichkeit der Mädchen größer ist als die der Knaben, handelt es sich um so kleine Ziffern, daß hier vielleicht das Überwiegen nur ein zufälliges ist. Bemerkenswert ist das Überwiegen der Tuberkulose beim weiblichen Geschlecht sowie die erhöhte Sterblichkeit an Keuchhusten für die Periode 1898—1902. Die Tabelle 39 zeigt uns die Verteilung der Todesursachen auf die einzelnen Jahresmonate. Man erkennt, daß die Brechdurchfälle und die Atrophie sich in den Sommermonaten häufen, die empfindlichen Erkrankungen der Atmungsorgane und der Stimmritzenkrampf im Winter und in den Frühlingsmonaten, während die Todesfälle an Lebensschwäche und akuten Infektionskrankheiten sich ziemlich gleichmäßig über das ganze Jahr verteilen. Nicht überall scheint diese Verteilung in gleicher Weise zu erfolgen wie in Frankfurt a. M. In München sind z. B. die kalten Monate in bezug auf die Sterblichkeit an Infektionskrankheiten für Säuglinge höchst perniziös[1]), während in Dresden in dieser Hinsicht zwischen den einzelnen Jahreszeiten nur ein minimaler Unterschied besteht. Aus der Tabelle 40, welche die Verteilung der Todesfälle nach den verschiedenen Altersklassen der Säuglinge demonstriert, ist zu entnehmen, daß es Krankheiten gibt, welche die erste Hälfte des Säuglingsalters bevorzugen, solche, welche hauptsächlich die zweite Hälfte des ersten Jahres befallen, und endlich solche, welche sich mehr gleichmäßig auf das ganze erste Lebensjahr verteilen.

Zu ersteren gehört vor allem die Lebensschwäche, von welcher 96⁰/₀ der an dieser Krankheit sterbenden Kinder bereits im ersten Lebensmonat hinweggerafft werden. Ferner sind es die Krämpfe, Magendarmkrankheiten, Brechdurchfälle und Atrophie sowie auch die angeborene Syphilis, welche die Säuglinge in dem ersten Lebenshalbjahr dezimieren. Zu den Krankheiten, welche vorwiegend in der zweiten Hälfte des Säuglingsalters zum Tode führen, gehören die akuten Infektionen: Scharlach, Masern, Diphtherie, Lungenschwindsucht und Tuberkulose, Hirnhautentzündung, während Keuchhusten, Stimmritzenkrampf und akute Bronchitis sich auf alle Lebensmonate ziemlich gleichmäßig verteilen.

Von 100 in der ersten Lebenswoche verstorbenen Kindern starben 84·0 an Lebensschwäche, 3·24 an Krämpfen, 0·15 an Bronchialkatarrh, 0·31 an Lungenentzündung, 0·27 an Stimmritzenkrampf, 0·03 an tuberkulöser Hirnhautentzündung, 0·27 an Magendarmkatarrh, 0·62 an angeborener Syphilis und 8·9⁰/₀ an sonstigen Erkrankungen.

Von 100 im ersten Monat verstorbenen starben an Lebensschwäche 68·61, 0·01 an Diphtherie, 0·19 an Keuchhusten, 0·05 an tuberkulöser Hirnhautentzündung, 10 an Krämpfen, 0·69 an Bronchitis, 1·16 an Lungenentzündung, 0·01 an Schwindsucht, 0·29 an Stimmritzenkrampf, 8·71 an Magendarmkatarrhen, 2·60 an Brechdurchfall, 2·48 an Atrophie, 1·48 an Lues, 8·57 an sonstigen Erkrankungen.

---

[1]) Fürst, l. c., S. 421.

Die einzelnen zum Tode führenden Krankheiten.

a) Lebensschwäche.

Unter Lebensschwäche versteht man den Zustand mangelhafter körperlicher Entwicklung, so daß die Neugeborenen in ihren Lebensfunktionen die zur Erhaltung des Lebens und der Entwicklung notwendige Intensität nicht entfalten können und ohne das Dazwischentreten einer besonderen Krankheit zugrunde gehen. Es gehören dazu von vornherein die frühgeborenen unentwickelten Kinder, aber auch ein großer Teil der ausgetragenen Kinder verfällt dem Schicksal des alsbaldigen Zugrundegehens. Derartige Kinder sind meist schon daran kenntlich, daß sie nur ein sehr geringes Gewicht und unter dem Durchschnitt bleibende Körpermaße besitzen, die lebenswichtigsten Funktionen, Herztätigkeit und Atmung, sind nur schwach ausgesprochen. Der Begriff „Lebensschwäche" ist nun nicht nur vom Standpunkte des Geburtshelfers und Kinderarztes von großer Bedeutung, vielmehr auch vom hygienischen, namentlich dem rassenhygienischen Gesichtspunkt sowie auch vom medizinalstatistischen. Ist doch die Ziffer, welche die Lebensschwäche in der Todesursachenstatistik der Säuglinge ausmacht, eine ziemlich erhebliche.

Leider aber begegnet gerade die Statistik der Lebensschwäche recht erheblichen Schwierigkeiten, denn die Abgrenzung sowohl nach der Seite der Totgeborenen sowie nach den an anderen Krankheiten erfolgten Sterbefällen bereitet große Schwierigkeiten. In Baden konstatierte Behrens[1], daß bei den Katholiken der Anteil der Totgeborenen an den Gestorbenen ein bedeutend kleinerer ist als bei beiden anderen Konfessionen, durch diesen Fehlbetrag werde meist die Todesursache „Lebensschwäche" belastet. Behrens nimmt an, daß dies von der mangelhaften Leichenschau herrühre, wir glauben aber, daß der Grund eher darin zu suchen ist, daß man in katholischen Gegenden bemüht ist, auch totgeborene Kinder möglichst noch als lebendgeborene zu bezeichnen, um denselben das Sakrament der Taufe zuteil werden zu lassen.

Was die Abgrenzung der Lebensschwäche gegenüber anderen Krankheiten anlangt, so wird vor allem Lebensschwäche mit Lebensunfähigkeit zusammengeworfen. Beide Begriffe sind aber nicht identisch. Lebensunfähigkeit wird durch angeborene Bildungsfehler bedingt, aber ein Kind, das zum Beispiel wegen mangelnder Afteröffnung zugrunde geht, kann körperlich trotzdem sehr kräftig entwickelt gewesen sein.

Derartige Kinder sind natürlich sehr wenig widerstandsfähig, sie erliegen leicht Darmstörungen und Erkältungskrankheiten. Es unterliegt in diesem Falle ganz dem Gutdünken des Arztes oder Leichenschauers, ob er hier als Todesursache die Lebensschwäche oder die als sekundär hinzutretende Krankheit bezeichnen will. Auch dadurch entstehen für die Statistik der Lebensschwäche Schwierigkeiten wie nicht minder durch den Umstand, daß in vielen Fällen von angeborener Syphilis mit Rück-

---

[1] Behrens, l. c., S. 19.

sicht auf die delikate Natur dieser Krankheit das Konto der Lebensschwäche in ungerechtfertigter Weise erhöht wird.

Ein einheitliches Krankheitsbild bietet demnach die Lebensschwäche nicht dar und Sing[1]) hat ganz recht, wenn er die Ansicht ausspricht, daß sie vielfach als Verlegenheitsdiagnose der Leichenschauer aufzufassen ist, insbesondere, wenn sie, wie in den meisten Fällen, nicht vom Arzte eingetragen ist. Sie begreift ferner häufig die meisten an mangelhafter Ernährung und Pflege gestorbenen Kinder in sich. Die Verlegenheiten, welche die Rubrik „Lebensschwäche" der medizinischen Statistik bereitet, haben wohl dazu geführt, was sonst bei keiner andern Todesursache der Fall ist, daß man ein äußeres Merkmal für den Begriff suchte, daß man den Begriff Lebensschwäche nur zuließ für die innerhalb eines bestimmten Zeitraumes gestorbenen Kinder, also für die innerhalb der ersten Woche oder innerhalb des ersten Monats verstorbenen Kinder, so daß die nach dieser Frist verstorbenen gar nicht mehr in die Rubrik „Lebensschwäche" gebracht werden konnten.

Aus diesen eben vorgebrachten Ursachen ist es nunmehr ohne weiteres verständlich, wenn die zahlenmäßigen Angaben über die Lebensschwäche als Todesursache, so ungeheuer weit differieren. Entnehmen wir doch einer Zusammenstellung von Eröss, die 17 Städte betrifft, daß die Zahl der an angeborener Lebensschwäche gestorbenen Kinder zwischen 0·95 bis 10·7 % der lebendgeborenen Kinder schwankt. Die niedrigste Ziffer ist für Neapel, die höchste für Prag angegeben, als Durchschnitt sämtlicher Städte ergab sich 1·61, im allgemeinen waren die 4 % übersteigenden Ziffern vorherrschend.

Was Frankfurt betrifft, so wurde früher die Statistik in der Weise gehandhabt, daß in die Listen nur die Kinder als an „Lebensschwäche" verstorben eingetragen wurden, die innerhalb der ersten Woche gestorben waren. Das galt bis zum Jahre 1891, von da ab wurde der Begriff auf die im ersten Monat gestorbenen ausgedehnt, von 1895 ab auf die im ersten Jahre gestorbenen.

Auf 1000 Geborene starben 1872/81 23·7, 1882/91 21·7 und 1892/1907 27·14 Kinder an Lebensschwäche. Verglichen mit der Sterblichkeit an Lebensschwäche in anderen Ländern und Städten ist die Frankfurter Ziffer eine sehr niedrige, betrug sie doch in Preußen 1901 42·5, in den sieben bevölkertsten Bundesstaaten und in Hamburg, Bremen und Coburg-Gotha[2]) 1902 34·48. Noch niedriger wie in Frankfurt ist diese Sterblichkeit in der Provinz Hessen-Nassau, wo sie 1905 nur 20 beträgt[3]). In den 55 im „Statistischen Jahrbuch[4]) deutscher Städte" angeführten Städten schwankt die Zahl der an Lebensschwäche

[1]) Sing, Jahresbericht über die Kreishauptstadt Ulm a. D. usw. Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. 1897, S. 761.

[2]) Das Deutsche Reich in demographischer und statistischer Beziehung. S. 59.

[3]) Medizinalstatistische Mitteilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamt. Band 11, S. 115.

[4]) Statistisches Jahrbuch deutscher Städte. 1908, S. 59.

gestorbenen zwischen 21·0 (Plauen) und 6·0 (Metz) auf 10.000 Einwohner. Frankfurt a. M. weist mit 8·0 eine vergleichsweise sehr niedrige Ziffer auf.

Von den im ersten Monat verstorbenen unterlagen der Lebensschwäche 63·61%. Eine auffallend hohe Zahl, ermittelt doch Prösz aus seinen sich auf 17 Großstädte beziehenden Berechnungen, daß 54% der im ersten Monat gestorbenen Säuglinge an Lebensschwäche zugrunde geht, und weist er doch darauf hin, daß auch diese Zahl eine viel zu hohe ist, weil bei den Sektionen Neugeborener festgestellt wurde, daß der unentwickelte Zustand als Todesursache anderen Krankheiten gegenüber eine untergeordnete Rolle spielt.

Die Lebensschwäche rafft die Neugeborenen meist bereits in den ersten Tagen und Wochen hinweg. 77·74% sämtlicher an Lebensschwäche gestorbenen Kinder starben innerhalb der ersten vierzehn Tage, 15·88 in der dritten und vierten Woche, etwa 96% im ersten Monat. Diese Zahl weist einen erheblichen Unterschied gegenüber der Angabe von Prösz auf, daß ungefähr 80% der an debilitas congenita gestorbenen auf die Säuglinge, welche unter einem Monat alt wurden, entfallen und 20% auf die über einen Monat alt gewordenen, sie stimmt dagegen mit der Angabe von Silbergleit[1] über die Sterblichkeit an Lebensschwäche in 38 preußischen Städten von über 20.000 Einwohnern für 1890/91 überein.

Von Einfluß auf die Lebensfähigkeit der Kinder sind Trunksucht, Syphilis, Tuberkulose und Schwäche der Eltern, spezielle Mißstände und Schädlichkeiten, die auf den mütterlichen Organismus direkt einwirken, wie schwere Fabrikarbeit, das die Gesundheit untergrabende materielle und sittliche Elend, Unehelichkeit, endlich Ausschweifungen aller Art. Wie weit diese Momente in Frankfurt wirksam sind und die niedrige Ziffer der Sterblichkeit an Lebensschwäche bedingen, darauf wird im folgenden Abschnitt dieser Arbeit einzugehen sein.

b) Die ansteckenden Krankheiten.

Von diesen kommen in Betracht Blattern, Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Rose, Influenza, Typhus, Ruhr, Meningitis, Genickkrampf, Tuberkulose. Alle diese Krankheiten sind für die Sterblichkeit der Säuglinge nicht von erheblicher Bedeutung. Von 100 gestorbenen Säuglingen sind in Frankfurt in 1900—1907 nicht mehr wie 5—6 Kinder an diesen Krankheiten gestorben. Denn auch für diejenigen von den genannten Krankheiten, welche das Kindesalter mit Vorliebe befallen, wie Scharlach, Masern, Diphtherie und Keuchhusten, sind die Kinder vorwiegend erst dann empfänglich, wenn sie das Säuglingsalter überschritten haben. Am meisten gefährlich ist den Säuglingen noch der Keuchhusten, sterben doch an dieser Krankheit von 1000 lebenden

[1] Silbergleit, Über den gegenwärtigen Stand der Kindersterblichkeit, ihre Erscheinungen und ihre Entwicklung in den europäischen Großstädten. Hygienische Rundschau 1895, S. 216.

Säuglingen 1902—1907 3·68, auf 100 verstorbene Säuglinge waren es 1900—1907 3·22. Die merkwürdige Tatsache, daß an Keuchhusten überall mehr Mädchen als Knaben sterben, ließ sich auch bei den Frankfurter Säuglingen in allen Perioden feststellen. In manchen Jahren gehört mehr wie die Hälfte sämtlicher an Keuchhusten verstorbener Kinder dem Säuglingsalter an, wobei bei dem Keuchhusten noch zu berücksichtigen ist, daß diese Krankheit sehr oft den Anlaß zu anderen schließlich zum Tode führenden Krankheiten (Lungenentzündung) bildet und letztere als die unmittelbare Ursache des Todes aufgeführt sind. Nächst dem Keuchhusten sind es die Masern, die dem Säuglingsalter gefährlich werden, denn die Erkrankung nimmt im ersten Lebensjahre viel häufiger einen tödlichen Ausgang als später. Unter 1000 1892—1907 in Frankfurt geborenen Säuglingen befinden sich 2 an Masern gestorbene, unter 100 gestorbenen etwa 1·5. Während die an Masern und Keuchhusten zugrunde gegangenen Säuglinge mithin einen erheblichen Prozentsatz sämtlicher an dieser Krankheit gestorbenen Kinder ausmachen, ist dies bei Diphtherie und Scharlach nicht der Fall, unter 100 an Scharlach gestorbenen Säuglingen befinden sich 1900—1907 nur 0·24, an Diphtherie verstorbenen rund 0·06, unter 1000 lebenden Säuglingen verstarben 1902—1907 0·09 an Scharlach und 0·04 an Diphtherie. Der Rückgang der Diphtheriesterblichkeit seit der Anwendung des Heilserums ist übrigens auch bei den Säuglingen nachweisbar, denn während 1872—1881 von 1000 lebendgeborenen Kindern noch 0·7 Säuglinge starben, waren die entsprechenden Ziffern 1892—1907 0·24.

Eine besondere Stellung unter den Infektionskrankheiten nehmen die Blattern im Säuglingsalter ein, denn, wo der Impfzwang fehlt oder nur lässig durchgeführt wird, werden zu Zeiten von Pockenepidemien die Säuglinge besonders häufig ergriffen, da in diesem Alter die Empfänglichkeit für Blattern eine besonders große ist. In Frankfurt ist seit über 100 Jahren die Impfung eingeführt und infolgedessen haben im letzten Jahrhundert die Blattern niemals eine besondere Bedeutung erlangt, speziell im Säuglingsalter spielen sie keine Rolle, so daß sie für diese Statistik kaum in Betracht kommen. Dasselbe gilt für einige andere Infektionskrankheiten wie Rose, Typhus, Influenza, Genickstarre und Ruhr. Etwas mehr Interesse im Säuglingsalter beansprucht die Tuberkulose, namentlich seit den Untersuchungen Behrings, der festgestellt haben wollte, daß die Tuberkulose hauptsächlich im Säuglingsalter erworben würde und daß die Bekämpfungsmaßnahmen demnach bereits in diesem Alter einzusetzen hätten. In der Frankfurter Statistik finden wir die Tuberkulose unter verschiedenen Bezeichnungen angeführt, als Tuberkulose schlechthin, dann als galoppierende Schwindsucht, als Lungenschwindsucht, als tuberkulöse Hirnhautentzündung und als Tuberkulose niederer Organe. Nach den Berechnungen Varrentrapps waren 1851—1868 unter 100 verstorbenen Säuglingen 3·3 an Tuberkulose verstorben, 1900—1907 waren unter 100 verstorbenen Säuglingen 0·78 unter Todesursache „tuberkulöse Hirnhautentzündung“ und unter der Todes-

ursache „Lungenschwindsucht" 1·84, also zusammen 1·82 als an Tuberkulose verstorbene verzeichnet.

Auf 1000 lebendgeborene Säuglinge starben 1872 an galoppierender Schwindsucht 0·10 männliche Säuglinge, an tuberkulöser Hirnhautentzündung 12·33 männliche und 8·27 weibliche, an Lungenschwindsucht 3·08 und 6·55. 1898—1902 starben an Tuberkulose anderer Organe 1·5 und 2·0, an Lungenschwindsucht 2·0 und 2·0. 1892—1907 starben ohne Ausscheidung des Geschlechtes 1·7 an tuberkulöser Hirnhautentzündung und 0·18 an Lungenschwindsucht. Man erhält durch diese Zusammenstellung die Empfindung, als ob die Tuberkulose unter den Säuglingen in den letzten 30 Jahren in Frankfurt abgenommen habe.

Zum Vergleich über die Häufigkeit der Tuberkulosesterblichkeit im Säuglingsalter führen wir noch einige Daten an. Es starben in Berlin an Tuberkulose 1875—1877 2·8 auf 1000 Lebendgeborene, 1895—1896 1·8[1]), in den sieben bevölkertsten deutschen Bundesstaaten sowie in Bremen, Hamburg und Coburg-Gotha[2]) 1892—1894 2·37, 1902—1904 2·62, in Preußen 1905 3·38 männliche, 2·89 weibliche Säuglinge[3]).

Vergleichende Betrachtungen über die Häufigkeit der Sterblichkeit an ansteckenden Krankheiten im Säuglingsalter ermöglicht eine Tabelle, die sich in dem Aufsatze über die „Sterblichkeit nach Todesursachen und Altersklassen der Gestorbenen sowie die Selbstmorde und tödlichen Verunglückungen im preußischen Staat während des Jahres 1892" findet[4]). In dieser Tabelle ist die Sterbeziffer nach einigen wichtigen Todesursachen auf 10.000 Lebende in den 16 Städten mit mehr als 100.000 Einwohnern berechnet und nach Altersklassen der Gestorbenen für die Jahre 1876, 1881, 1886 und 1891 angegeben. Wir haben danach die Durchschnittssterblichkeit in den 16 Städten sowie für die Stadt Frankfurt in den genannten vier Jahren für Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten und Tuberkulose berechnet und finden, daß die Sterblichkeit für Scharlach auf 10.000 Kinder unter einem Jahre bei den 16 Städten 9·92, bei Frankfurt 4·15, für Diphtherie 29·28 und 28·9, für Keuchhusten 56·41 und 55·83, für Tuberkulose 56·66 und 70·37 betrug. Mit Ausnahme der Tuberkulose ist demnach die Sterblichkeit in Frankfurt an den Infektionskrankheiten geringer gewesen wie bei dem Durchschnitt der 16 Großstädte.

c) Die Krämpfe.

Eine dritte wichtige Krankheitsgruppe im Säuglingsalter bilden die Krämpfe. Entfallen doch auf sie von 100 Sterbefällen von Kindern unter einem Jahre in Frankfurt in den Jahren 1850 bis 1907 7—10 Kinder, auf 1000 lebende 16·19. Bei dieser Krankheit handelt es sich allerdings nicht um eine einheitliche Gruppe, vielmehr stellt der Begriff „Krämpfe"

[1]) Prinzing, Die Kindersterblichkeit in Stadt und Land. Jahrbuch für Nationalökonomie und Statistik. 73, III. Folge, Band 20, S. 598.

[2]) Das Deutsche Reich in gesundheitlicher Beziehung, S. 59.

[3]) Preußische Statistik, Band 199, S. 10.

[4]) Preußische Statistik, Band 132, S. XX.

nur ein Symptom dar, und zwar ein Hirnsymptom. Die Ursache der Krämpfe können Hirnkrankheiten sein oder Infektionskrankheiten, wie Scharlach und Lungenentzündung oder auch Magendarmkrankheiten, gerade letzterer Krankheitsgruppe dürften viele Todesfälle zuzurechnen sein, die unter der Todesursache „Krämpfe" rubriziert werden. Vergleichende Darstellungen der Sterblichkeit an dieser Krankheit sind daher besonders schwierige, da dem subjektiven Ermessen, was als Krämpfe bezeichnet werden soll, ein besonders großer Spielraum gelassen ist. So ist es nicht zu entscheiden, wenn im Jahre 1872 in Frankfurt auf 1000 Lebendgeborene 28·77 Säuglinge männlichen Geschlechts und 21·83 weiblichen Geschlechts gestorben sind, 1898—1902 dagegen 21·8 und 16·9, ob es sich hier um eine wirkliche Abnahme der Sterblichkeit an Krämpfen handelt oder um eine genauere Abgrenzung des Krankheitsbegriffes. Eine Abnahme wurde auch anderwärts wahrgenommen. In Baden spielten die Krämpfe früher in der Sterblichkeitsstatistik eine solche Rolle, daß nahezu bei der Hälfte sämtlicher verstorbenen Säuglinge die Todesursache Krämpfe sich verzeichnet findet. Ganz allgemein wurden die Darmaffektionen mit Krämpfen identifiziert, im Laufe der Zeit hat sich die Kenntnis darüber etwas verbreitet, deshalb sieht man die Zahlen für Krämpfe abnehmen, welche Zahl von 46·2 auf 100 gestorbene Säuglinge in 1877—1880 auf 27·2 in 1891—1895 zurückging, die Zahlen für Darmerkrankungen sieht man dagegen zunehmen. In Berlin starben von 1000 Lebendgeborenen 1875—1877 61·2 an Krämpfen, 1895—1896 25·3 und 1901 15·0. Die Krämpfe sind als Todesursache vorwiegend in der ersten Hälfte des Säuglingsalters wirksam; 16·63% sämtlicher an Krämpfen verstorbenen Kinder des ersten Lebensjahres starben bereits im ersten Lebensmonat und 71% im ersten Lebenshalbjahr. Unter den im ersten Monat verstorbenen Säuglingen bilden die Krämpfe bei 10% die Todesursache, in Bayern 1867—1879 34%, in Baden 1886—1890 bei 37%. Man sieht auch hier wieder, welch große Vorliebe gerade in Süddeutschland dem Begriffe Krämpfe, auch Fraisen oder G i c h t e r genannt, entgegengebracht wird.

Was die Verteilung der Todesfälle an Krämpfen über die verschiedenen Jahreszeiten anlangt, so ist die Sterblichkeit an Krämpfen in Frankfurt am geringsten im Herbste. Das läßt sich leicht dadurch erklären, daß in dieser Jahreszeit auch die Sterblichkeit an Magendarmkrankheiten und die der Erkrankungen des Atmungsapparates am geringsten ist, von welchen Krankheiten wir ja gesehen haben, daß sie die Sterblichkeit an Krämpfen beeinflussen.

d) Die akuten Erkrankungen der Atmungsorgane.

Was diese betrifft, so betrug der Anteil der an Luftröhrenkatarrh gestorbenen Säuglinge an der Gesamtsterblichkeit zwischen 6·11 im Jahre 1876 und 2·78 in den Jahren 1900—1907, der an Lungenentzündung gestorbenen zwischen 9·5 in 1851—1866 und 5·15 in 1881—1890, von beiden Krankheiten zusammen zwischen 9·22 und 15·08 auf 1000 lebend-

geborene Säuglinge, 1872—1881 starben an Bronchitis 8·1, 1898—1902 5·6 männliche und 4·2 weibliche, 1892—1907 zusammen 5·02. An Lungenentzündung starben 1872—1881 10·2, 1892—1907 14·2, an beiden Krankheiten zusammen starben 1872—1881 18·3 und 1892—1907 19·22. Es ist demnach ein Rückgang in der Sterblichkeit der akuten Erkrankungen der Luftröhre zu verzeichnen, dagegen eine Zunahme der Sterblichkeit an Lungenentzündung.

Wie schon oben hervorgehoben, sind für die akuten Erkrankungen der Atmungsorgane hauptsächlich der Nachwinter und die Frühlingsmonate von nachteiliger Wirkung; die Kurve der Sterblichkeit erreicht ihren niedrigsten Stand im Herbst, steigt dann vom November an ständig bis zum Beginne des Sommers, ein Abfall erfolgt erst vom Mai zum Juni, worauf ein weiteres Sinken bis zum Oktober und November folgt. Was das Lebensalter anlangt, so verteilt sich die Sterblichkeit an Bronchitis ziemlich gleichmäßig auf die erste und zweite Hälfte des ersten Lebensjahres, dagegen wird von Lungenentzündung das zweite Lebenshalbjahr stärker befallen = 59·95 gegen 40·05 im ersten Lebenshalbjahr, die Zahl an Todesfällen an Lungenentzündung steigt bis zum vierten Lebensmonat, wogegen durch Bronchialkatarrh der zweite und sechste Lebensmonat am meisten gefährdet ist. Die Häufigkeit der Todesfälle an entzündlichen Brustkrankheiten wird bedingt durch die geographische Lage, klimatische Einflüsse, soziale Verhältnisse und dadurch, ob die Säuglinge mehr oder minder vor Erkältungen geschützt werden. Diese Einflüsse bedingen es, daß die Todesfälle an entzündlichen Brustkrankheiten bezüglich ihrer Häufigkeit in verschiedenen Gegenden erheblich variieren und teilweise die Frankfurter Zahlen übertroffen werden. So ist die Sterblichkeit in Berlin an diesen Krankheiten 1901 27 auf 1000 Lebendgeborene gewesen, in Hamburg 1896 29·39.

e) Der Stimmritzenkrampf.

Zu den Erkrankungen der Atmungsorgane ist auch der Stimmritzenkrampf zu rechnen. Unter 100 verstorbenen Säuglingen befanden sich 1882—1890 5·25, 1891—1900 4·23 und 1901—1907 2·89 an dieser Krankheit verstorbene. Von 1000 lebendgeborenen Säuglingen der Jahre 1892—1905 waren 4·89 an Stimmritzenkrampf verstorben. Die Sterblichkeit an dieser Krankheit nimmt zu vom ersten bis sechsten Monat, 55% sämtlicher Todesfälle ereignen sich im ersten Lebenshalbjahr. Die nahen Beziehungen zu den Erkrankungen der Respirationsorgane ergeben sich daraus, daß die Sterblichkeit in Hinsicht auf die Jahreszeiten bei beiden Krankheiten gleichmäßig verläuft, denn auch beim Stimmritzenkrampf ist die Sterblichkeit am höchsten im Winter und Frühjahr, am geringsten im Sommer und Herbst.

f) Die Magendarmkrankheiten.

Diese bilden die wichtigste Gruppe unter den Erkrankungen des Säuglingsalters. Man rechnet zu ihnen den Magendarmkatarrh, den Brech-

durchfall und die Atrophie, das [illegible]. Während der Magendarmkatarrh das ganze Jahr auftritt, jedoch die Sommermonate bevorzugt, ist der Brechdurchfall die typische Sommerkrankheit des Säuglings. Atrophie ist meist die Folge vorausgegangener Magendarmstörungen und wird demnach mit Recht in diese Gruppe einbezogen.

Nach Tabelle XXXIV erlagen 1851—1866 in Frankfurt unter 100 verstorbenen Säuglingen 45·6 an Magendarmkatarrh und Atrophie; 1901—1907 dagegen nur 39. Diese Krankheiten, respektive ihr tödlicher Ausgang hat demnach in diesem Zeitraum abgenommen. Das ergibt sich auch aus der Berechnung der Sterblichkeit auf 1000 Lebendgeborene, nach der 1892—1907 an Magendarmkrankheiten 37·1, an Brechdurchfall 14·2 und an Atrophie 17·7, zusammen also 69 an diesen Krankheiten starben, dagegen 1872—1881 75 und 1882—1891 73·8. Im ersten Lebenshalbjahr ist besonders der 2., 3. und 4. Monat gefährdet, starben doch im ersten Lebenshalbjahre über 80% der an Magendarmkrankheiten verstorbenen Kinder, im zweiten Lebenshalbjahr dagegen nur etwa 20%. In den Sommermonaten Juli und August bis in den September hinein sind diese Krankheiten den Säuglingen in dem Maße gefährlich, daß 50—70 sämtlicher Todesfälle an Magendarmkrankheiten auf diese Monate fallen. Daß die Sterblichkeit der Säuglinge an Magendarmkrankheiten in Frankfurt recht niedrig ist, ergibt ein Vergleich mit anderen Städten. In Berlin starben 1875—1877 an Brechdurchfall, Diarrhöe und Atrophie auf 1000 lebendgeborene 136 Säuglinge, 1895—1898 91 und 1901—1905 79. In 46 deutschen Städten mit über 50.000 Einwohnern starben auf 10.000 Einwohner zwischen 41·3 (Chemnitz) und 8·9 (Schöneberg). Frankfurt nimmt hier mit 13·2 den sechstbesten Platz ein.

g) Die hereditäre Syphilis.

Was endlich die angeborene Syphilis anlangt, so ist diese Krankheit in der Ätiologie der Säuglingssterblichkeit von keiner erheblichen Bedeutung, war doch nur bei 1·25% der verstorbenen Säuglinge die Todesursache Syphilis angegeben. Unter 1000 Lebendgeborenen starben 1872—1881 1·8, 1882—1891 2·1 und 1892—1907 2·45 an dieser Krankheit. Es darf jedoch nicht vergessen werden, daß absichtlich oder unabsichtlich gerade hier oft nicht die richtige Todesursache eingetragen wird, vielmehr die an hereditärer Syphilis verstorbenen Säuglinge unter die Rubrik „Lebensschwäche“ eingetragen werden. Auch ist daran zu erinnern, daß ein erheblicher Teil der Frühgeburten sowie der Totgeburten der angeborenen Syphilis zur Last fällt. Die angeborene Syphilis tötet vorwiegend die Kinder in den ersten Lebensmonaten, nahezu 80% der an Lues gestorbenen Kindern gehörten dem ersten vier Lebensmonaten an.

In Preußen starben von 1000 lebenden Kindern des ersten Jahres nur 0·45 Knaben und 0·42 Mädchen. Die über den Durchschnitt hinausgehende Sterbeziffer Frankfurts erklärt sich unschwer daraus, daß die Syphilis vorwiegend eine Krankheit der städtischen Bevölkerung ist.

IV. Die Ursachen der niedrigen Säuglingssterblichkeit in Frankfurt a. M.

1. Allgemeines.

Auf das Zustandekommen der Säuglingssterblichkeitsziffer wirken sehr zahlreiche und verschiedenartige Ursachen ein, deren Ergründung nunmehr Aufgabe des folgenden Abschnittes sein soll. Das Endergebnis des Zusammenwirkens verschiedener günstiger oder ungünstiger Momente ist es, daß die Säuglingssterblichkeit eines Landes oder eines kleineren Gebietsteiles schließlich eine hohe, mittlere oder kleine sein wird. Ob das eine oder das andere der Fall ist, ergibt sich aus dem Vergleich der Kindersterblichkeit des in Frage kommenden Gebietes mit anderen ähnlichen Gebietsteilen.

So können wir die Säuglingssterblichkeit von Frankfurt a. M. mit der anderer deutscher Städte durch folgende Tabelle vergleichen.

Tabelle XXXXII.

Auf 100 Lebendgeborene treffen 1905 Gestorbene unter einem Jahr.

Stadt		Stadt	
Liegnitz	33·6 (25·5)[1]	Frankfurt a. M.	17·3 (28·6)
Frankfurt a. O.	30·9 (33·8)	Hannover	16·5 (25·1)
Posen	29·2 (31·8)	Lübeck	16·3 (28·8)
Zwickau	29·1 (25·2)	Wiesbaden	15·7 (26·1)
Chemnitz	28·6 (32·3)	Charlottenburg	15·6 (22·1)
Stettin	26·3 (32·9)	Darmstadt	15·3 (26·7)
Spandau	26·2 (27·5)	Bochum	15·3 (44·1)
Görlitz	25·8 (24·6)	Essen	15·0 (41·4)
Nürnberg	25·8 (36·4)	Gelsenkirchen	14·4 (52·1)
Augsburg	25·2 (29·2)	Barmen	14·3 (31·0)
Breslau	25·2 (31·9)	Schöneberg	13·7 (23·1)
Königsberg	24·7 (29·6)	Crefeld	13·7 (25·6)
Danzig	24·6 (34·6)	Cassel	13·4 (27·7)

Von den 56 deutschen Städten mit über 50.000 Einwohnern sind auf der einen Seite die 13 Städte mit höchster Säuglingssterblichkeit verzeichnet, auf der andern die 13 Städte mit der niedrigsten Ziffer[2]. Frankfurt steht hier mit einer Sterblichkeit von 17·3 auf 100 Lebendgeborene an der 13. günstigsten Stelle. In den folgenden Jahren hat sich die Ziffer noch bedeutend verbessert, sie betrug 1906 14·5 und Frankfurt a. M. rückte damit unter 58 deutschen Städten mit über 50.000 Einwohnern auf den fünftbesten Platz, 1907 fiel die Säuglingssterblichkeit weiter auf 13·8. Aus diesen Zusammenstellungen ergibt sich, daß die

---

[1] Die eingeklammerten Zahlen sind die Geburtsziffern auf 1000 Einwohner; die Säuglingssterblichkeitsziffer für den Reichsdurchschnitt beträgt 20·5, die Geburtsziffer 34·0.

[2] Statistisches Jahrbuch deutscher Städte. XIII. Jahrgang, S. 73.

Säuglingssterblichkeit in Frankfurt als eine **niedrige** zu bezeichnen ist. Nun muß man allerdings bei den größeren Städten zunächst feststellen, ob die Säuglingssterblichkeit eine reelle ist und nicht vielmehr teilweise eine scheinbare, beeinflußt durch die Wanderungsbewegung, durch welche entweder die Zahl der Gestorbenen zu niedrig oder die Zahl der Geborenen zu hoch erscheinen kann. Es ist zu berücksichtigen, daß ein Teil der geborenen Kinder bald nach der Geburt nach auswärts gebracht wird und dort stirbt, anderseits kranke Kinder von auswärts in die städtischen Spitäler eingeliefert werden. In ersterem Falle wird die Sterblichkeitsziffer der Säuglinge im Vergleich zu den Geburten erniedrigt, in letzterem Falle dagegen ungebührlich erhöht. Es weist ferner **Würzburg** darauf hin, daß zahlreiche eheliche Säuglinge während der Sommerszeit aufs Land gebracht werden, wo ihre Angehörigen Sommerwohnung nehmen. Das betrifft jedoch nur die begüterten Klassen, bei welchen die Kindersterblichkeit an und für sich eine nur geringe ist, und kann also hier außer Betracht bleiben. Auch die Einlieferung von kranken Kindern von auswärts in die städtischen Krankenhäuser spielt wohl keine solche Rolle, daß dadurch die städtische Sterbeziffer in besonderem Maße beeinflußt wird.

In Betracht zu ziehen verbleibt noch die Verbringung der Kinder bald nach der Geburt auf das Land. Diese ist allerdings imstande, die Sterbeziffer zu beeinflussen. Es handelt sich dabei fast ausschließlich um uneheliche Kinder, die bald nach der Geburt nach auswärts gebracht werden, also gerade zu einer Zeit, wo ihr Leben am meisten gefährdet ist. Es kommen hier zunächst die Kinder in Betracht, deren Mütter in der Stadt wohnen, dann aber auch solche, von deren Müttern zum Zwecke der Entbindung die Stadt aufgesucht wird und welche dann mit ihren Kindern nach der Entbindung die Stadt wieder verlassen. Die Kinder werden zur Pflege meist in benachbarte Landorte gebracht und so kommt es, daß die Umgebung der Städte mit diesen selbst hinsichtlich der Säuglingssterblichkeit in einem engen Kontakte stehen. Die Sterblichkeit unehelicher Säuglinge ist deshalb in vielen Großstädten höher, als der Vergleich der Zahlen der Lebendgeborenen und Gestorbenen ergibt. Man kennt diese Großstädte, welche durch Abschiebung unehelicher Kinder in die benachbarten Landkreise deren Säuglingssterbeziffern ungebührlich erhöhen. Es gehören dazu u. a. Berlin, Köln und Wiesbaden. Sterben doch z. B. im Landkreise Harburg infolge der Abschiebung von Hamburg und Altona mehr uneheliche Kinder, als dort geboren werden. In anderen Stadtkreisen läßt sich bezüglich der Sterblichkeit kein schädlicher Einfluß auf die benachbarten Landgemeinden erkennen.

Was Frankfurt betrifft, so wird diese Stadt von einigen Autoren zu den Städten gerechnet, bei welchen durch Abschiebungen der unehelichen in die Umgebung die Ziffer der Säuglingssterblichkeit verkleinert wird.

So von Würzburg[1], der dies aus der bedeutend erhöhten Sterblichkeit der Säuglinge der Umgegend schließt.

[1] Würzburg, Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt, II, S. 364.

Es starben nämlich in 1875—1877 auf 100 Geborene

	In der Stadt Frankfurt	In den Landgemeinden
eheliche	15·41	21·42
uneheliche	27·69	74·05
Zusammen	16·70	28·30

Zu diesem Resultate gelangt auch v. Firks[1]. Er führt die hohe Sterblichkeit der Unehelichen im Kreise Hanau auf die Stadt Frankfurt zurück; es betrug nämlich 1875—1882 im Stadtkreise Frankfurt die Sterblichkeit 36·9, während sie im Kreise Hanau sich auf 40·3 belief.

Demgegenüber betont Bleicher[2], daß die außerordentlich niedrige Kindersterblichkeit Frankfurts nicht etwa durch lokale Eigentümlichkeiten, wie zahlreiche Unterbringung der Pflegekinder in die Nachbarorte, erklärt werden kann. Natürlich denkt auch niemand daran, eine niedrige städtische Sterblichkeitsziffer etwa ausschließlich dem Verbringen von Säuglingen nach auswärts zuzuschreiben. Immerhin besteht ein Widerspruch zwischen den Angaben v. Firks und Würzburgs einerseits und Bleichers andrerseits, der aber unschwer aufgeklärt werden kann, und zwar durch die Verschiebungen des Verhältnisses des Stadtkreises zum Landkreis infolge der Eingemeindungen. Die Zahlen Würzburgs stammen aus einer Zeit (1877), wo die Eingemeindung Bornheims noch nicht erfolgt war. 1895 wurde Bornheim einverleibt, 1900 Oberrad, Niederrad und Seckbach. So mußte nach und nach, obwohl in der Verbringung der unehelichen Kinder in diese Orte keine Änderung eingetreten war, die Sterblichkeitsziffer der Vororte zu ungunsten Frankfurts sich bessern, denn die in Frankfurt geborenen Unehelichen starben nun nicht mehr in den zum Landkreise gehörigen Vororten, sondern in den nunmehr zur Stadt selbst gehörigen Bezirken. So betrug 1890—1891 die Kindersterblichkeit im Landkreise 22·8 gegen 20·1 im Stadtkreise, sie sank dagegen 1894 auf 16·6 gegen 15·8 in der Stadt. Die Sterblichkeit auf den Landorten war nunmehr viel günstiger, wie die in Frankfurt selbst, weil sie nicht mehr durch die städtischen Säuglinge belastet wurde. Die erhöhte Säuglingssterblichkeit der Frankfurter Unehelichen, die früher in den Ziffern des Landkreises nachzuweisen war, kommt heute in den städtischen Bezirken Bornheim, Bockenheim und Niederrad zum Ausdruck. Insofern dürfte Bleicher zuzustimmen sein, daß eine zahlreiche Unterbringung von Pflegekindern in die Nachbarorte nicht stattfindet.

Haben wir festgestellt, daß die niedrige Säuglingssterblichkeit in Frankfurt nicht in nennenswertem Maße durch äußere Umstände bedingt

---

[1] v. Firks, Die Zeit der Geburten und der Sterblichkeit der Kinder während des 1. Lebensjahres. Zeitschrift des königlich preußischen statistischen Bureaus, XXV, S. 140.

[2] Bleicher, Statistische Beschreibung der Stadt Frankfurt a. M. II. Teil 1895, S. 274.

ist, so gilt es nunmehr, mit Beziehung auf Frankfurt die eigentlichen Ursachen zu würdigen, welche für das Zustandekommen der Säuglingssterblichkeitsziffer erfahrungsgemäß von Bedeutung sind.

So vielgestaltig dieselben auch auf den ersten Blick sind, so lassen sie sich doch zunächst zwanglos in zwei Gruppen rubrizieren, erstens in Ursachen, die im Kinde selbst liegen, die wir als anthropologische oder endogene bezeichnen möchten, und zweitens in solche, die von außen auf dasselbe einwirken, die exogenen. Zu den ersteren gehört die Konstitution und die Widerstandsfähigkeit, die es demnach den äußeren Einflüssen entgegensetzt, zu 2 das gesamte Milieu, in der es hineingeboren wurde, also die klimatischen, sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Verhältnisse, die es empfangen, also die Wohlstandsverhältnisse der Eltern, der Zivilstand, die Pflege und Ernährung, die es erwartet, die Wohnungsverhältnisse und die Geschwisterzahl spielen eine Rolle. Alle diese ätiologischen Momente stehen in inniger Wechselwirkung in der Weise, daß ungünstige Momente durch günstige paralysiert werden können, daß die von einer Seite kommenden Lebensbedrohungen ausgeglichen, ja sogar überkompensiert werden können; summieren sich mehrere ungünstige Verhältnisse, so wird hierdurch natürlich auch ein ungünstiges Endresultat erzielt werden.

Es wirken demnach sehr zahlreiche und verschiedenartige Ursachen zum Ergebnis des summarischen, statistischen Endresultates mit, deren Ergründung durch sorgsame Anwendung der geographisch-statistischen Methode und differenzierende, statistische Ursachenerforschung auf den Leib zu rücken ist, wie dies u. a. von v. Mayr verlangt wird¹).

2. Die angeborene Widerstandsfähigkeit.

Ein normal entwickeltes, ausgetragenes Kind, mit einem Durchschnittsgewichte von 6—7 Pfund, versucht, wenn es nicht mit einem schweren, lebensbehindernden Bildungsfehler behaftet sein sollte, den nach seiner Geburt von außen auf es einwirkenden Schädlichkeiten zu trotzen. Diesen Kindern steht eine an Zahl nicht unerhebliche Gruppe anderer gegenüber, die von vornherein lebensschwach mit einem Gewicht von 4—5 Pfund oder noch weniger geboren werden, die oft nicht ausgetragen sind, sondern bereits im 7. oder 8. Monat der Schwangerschaft das Licht der Welt erblicken. Die Ursachen der Lebensschwäche der Frühgeburten sind hereditäre Verhältnisse, das Kind ist schwach geboren infolge des schwachen Gesundheitszustandes seiner Erzeuger. Zu diesen Schwächezuständen sind zu zählen: Alkoholismus, Geschlechtskrankheiten, Prostitution der Mutter, dann die Gesundheit untergrabendes, materielles und sittliches Elend, Tuberkulose, Skrofulose, Anämie. Die Anämie und Schwäche der Mutter kann durch verschiedene Krankheiten hervorgerufen werden, oft hat sie ihre Ursache in sozialen Verhältnissen: Schwere Arbeit, ungenügende Ernährung, Mangel an

¹) v. *Mayr*, Bevölkerungsstatistik 1897, S. 280.

Schonung während der Schwangerschaft. Namentlich schwere **Fabrikarbeit** und Arbeit mit giftigen Substanzen wirken schwächend auf die Nachkommenschaft. So erklärt es sich auch, daß Lebensschwäche des Kindes besonders häufig bei den Unehelichen angetroffen wird, bei welchen Mangel an Schonung während der Schwangerschaft und seelische Erregungen, wie Kummer, Sorge und Scham, zusammenwirken, um die Lebenskraft des Kindes schon im Mutterleibe herabzusetzen. Genau dieselben Umstände, welche die angeborene Lebensschwäche der Kinder erzeugen, bewirken, wenn sie in verstärktem Maße wirksam sind, daß die Kinder überhaupt nicht lebend zur Welt kommen, sie sind die Ursachen der Totgeburten — Totgeburten und Lebensschwäche stehen demnach in engen Beziehungen, und, wo die Zahl der an Lebensschwäche gestorbenen Kinder eine hohe ist, da ist auch die Zahl der Totgeburten keine geringe.

Aber auch die Lebensschwäche als endogene Todesursache kann nicht für sich absolut betrachtet werden, das Los des lebensschwachen Kindes hängt nämlich noch viel mehr als die des vollkräftigen Kindes von den äußeren Bedingungen ab, wie den sozialen Verhältnissen, in welchen seine Erzeuger leben; findet es eine sorgfältige Pflege und Ernährung, so sind die Chancen natürlich bedeutend größer, daß es am Leben bleibt, gegenüber dem Proletarierkind, dessen Erzeuger keine Mittel und oft auch kein Interesse daran haben, das Kind am Leben zu erhalten.

Wir haben bereits früher festgestellt, daß die Sterblichkeit an Lebensschwäche in Frankfurt, im Vergleich mit anderen deutschen Städten eine niedrige ist. Das kann seinen Grund nur darin haben, daß die Momente, welche erfahrungsgemäß Lebensschwäche herbeiführen, in Frankfurt nicht in dem Maße vorhanden sind, wie in vielen anderen Städten. Statistisch lassen sich diese Momente: Alkoholismus, Syphilis, Tuberkulose jedoch schwer erfassen und vergleichen. Was den Alkoholismus betrifft, so hat er in Frankfurt jedenfalls nicht die Bedeutung wie in München, wo die große Zahl der an Lebensschwäche gestorbenen Kinder, 114 auf 10.000 Einwohner in 1908, wohl dem Alkoholismus zuzuschreiben ist.

Was die Fabrikarbeit verheirateter Frauen anlangt, so wird diese in Frankfurt nur in sehr mäßigem Umfang betrieben, im Gegensatz z. B. von Sachsen, wo man z. B. für Plauen die hohe Sterblichkeit an Lebensschwäche, 21 auf 10.000 Einwohner, wohl auf das Konto der Fabrikarbeit der Frauen schreiben darf. Waren doch nach den Angaben der Fabrikinspektoren 1899 im ganzen Aufsichtsbezirk Wiesbaden 1088 Frauen (verheiratete, verwitwete und geschiedene) beschäftigt gegen 11,187 im Aufsichtsbezirk Frankfurt a. Oder und 12,473 im Bezirk Breslau[1].

[1] Die Beschäftigung der verheirateten Frauen in den Fabriken. Bearbeitet vom Reichsamt des Innern. 1901, S. 256.

3. Die Einwirkung des Milieus auf die Säuglingssterblichkeit.

Wichtiger wie die endogenen sind die exogenen Ursachen der Säuglingssterblichkeit. Sie zerfallen in zwei Klassen.

Erstens in solche Ursachen, auf welche der menschliche Wille ohne Einfluß ist, das sind die Einflüsse des Klimas, der Witterung, tellurische und geographische Verhältnisse, wie die Natureinflüsse überhaupt.

Zweitens solche, die vom Menschen selbst bereitet werden: die sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Einflüsse.

a) Einfluß des Klimas und der Witterung.

Damit müssen wir uns um so eingehender befassen, als Bleicher in dem günstigen Klima, neben den in den Wohlstandsverhältnissen begründeten Momenten die Ursache der niedrigen Säuglingssterblichkeit in Frankfurt findet[1]).

Tatsächlich steht ja der Einfluß des Klimas auf die Gesundheit der Menschen und ihre Sterblichkeit, demnach auch auf die Sterblichkeit der Säuglinge, außer allem Zweifel. In der kalten und heißen Zone gehen die Hälfte resp. ein Drittel aller Geborenen bereits im ersten Lebensjahre, zumeist an Konvulsionen, wieder zugrunde. In der gemäßigten Zone ist in Ländern mit vorzugsweise kontinentalem Klima (Preußen, Österreich-Ungarn) die Säuglingssterblichkeit höher wie in Ländern mit relativ starker Küstenentwicklung, also mit mehr ozeanischem Klima. Eine Abhängigkeit der Säuglingssterblichkeit von klimatischen Faktoren scheint sich auf den ersten Blick auch daraus zu ergeben, daß auf der Landkarte bestimmt abgegrenzte Gebiete hoher und niedriger Säuglingssterblichkeit nachgewiesen sind, und Würzburg stellte den Satz auf, daß die Säuglingssterblichkeit sich in hohem Grade abhängig erweise von der geographischen Lage der einzelnen Teile. Innerhalb großer Gebiete ist sie je nach Örtlichkeit großen Schwankungen unterworfen.

Auch für Frankfurt ist es unverkennbar, daß seine niedrige Säuglingssterblichkeit in irgend einem Zusammenhang mit der geographischen Lage stehen muß. Denn man findet diese nicht allein in Frankfurt selbst, sondern auch in der Provinz Hessen-Nassau und dem Großherzogtum Hessen, von welchen Frankfurt umgeben ist, und zwar nicht allein in den Städten, sondern mit geringen Ausnahmen auch in den Landkreisen.

Es besteht nun heute allerdings Einigkeit darüber, daß dem Klima und der Örtlichkeit lange nicht die Bedeutung für die Säuglingssterblichkeit zukomme, wie sie ihm von Würzburg zugeschrieben worden ist, weil die Schäden, welche durch dieselbe für das Kind erzeugt werden, durch entsprechende Pflege und Ernährung leicht kompensiert werden

[1]) Bleicher, Statistische Beschreibung der Stadt Frankfurt a. M. II. Teil, S. 221.

können, und es hat der Satz Pfeiffers[1]) Geltung, daß in allen Fällen, in welchen die Eltern den sozialen Verhältnissen trotzen können, die aus Örtlichkeit und Klima resultierenden Schädlichkeiten nicht wirksam werden. Nicht die klimatischen Faktoren sind es in letzter Linie, welche die Geographie der Kindersterblichkeit bedingen, sondern maßgebend sind die Eigentümlichkeiten und Lebensgewohnheiten der betreffenden Bevölkerung, ihre Wohlstands- und Beschäftigungverhältnisse, vor allem aber die Art der Ernährung, ob die Kinder vorwiegend gestillt oder künstlich ernährt werden.

Was Frankfurt anlangt, so ergibt sich aus den Zusammenstellungen Bleichers, daß Frankfurt und die umliegenden Provinzen nicht nur eine niedrige Sterblichkeits-, sondern auch eine niedrige Geburtsziffer gemeinsam haben, und auch dieses Moment dürfte für die geographische Abgrenzung von hohen und niedrigen Gebieten der Säuglingssterblichkeit von hoher Bedeutung sein. Es wird darauf noch später einzugehen sein.

Wenn man auch in den klimatischen Eigentümlichkeiten nicht die entscheidende Ursache für die Verschiedenheit der Kindersterblichkeit gesucht werden kann, und die klimatischen Gegensätze in einem Gebiete wie Deutschland keine so große Verschiedenheit aufweisen, daß die Differenzen in der Mortalität dadurch erklärt werden können, so sind doch in den einzelnen Landesstrichen klimatische Einflüsse und Eigentümlichkeiten mitbestimmend für die Kindersterblichkeit und es ist daher nötig festzustellen, wie weit das Klima im einzelnen Fall von Bedeutung ist. Auch innerhalb Deutschlands sind die Gegensätze nicht unerheblich, man denke an das Klima von Hamburg, Berlin und München, dessen Einfluß auf die Höhe der Säuglingssterblichkeit dieser Städte wiederholt beschrieben wurde. Die Elevation über dem Boden, die Nähe der See, von Flüssen und Gebirgen sind immerhin imstande, das Klima recht erheblich zu modifizieren. Ein sumpfiges oder rauhes Klima ist auch für die Säuglinge ungesund.

Man hat nun versucht, die einzelnen meterologischen Elemente, aus welchen sich das Klima zusammensetzt, gesondert dahin zu prüfen, wie weit sie für das Zustandekommen der Säuglingssterblichkeit von Bedeutung sind. Was den Lnftdruck, die Niederschlagsmenge, die Gewitter anlangt, so stellte sich heraus, daß kein Parallelismus zwischen diesen Faktoren und der Kindersterblichkeit besteht. Wohl aber besteht ein Zusammenhang zwischen Windbeschaffenheit, der Luftfeuchtigkeit und dem wichtigsten meterologischen Element, der Temperatur. Extreme Winterkälte schadet dem Säugling, noch mehr aber extreme Sommerhitze, die Darmkatarrhe und Brechdurchfall des Säuglingsalters veranlaßt. Daneben sind die häufigen und starken Temperaturschwankungen schädlich, wie sie vornehmlich in den Monaten des Überganges von der kalten zur warmen Jahreszeit bedingt sind. Die plötzlichen Temperaturschwankungen, sowie die kalten und scharfen Winde geben Veranlassungen zu Erkältungen,

---

[1]) Pfeiffer, Die [illegible] und [illegible] Säuglingssterblichkeit, Jahrbücher für Nationalökonomie, Band 33. F. 1.

zu Bronchialkatarrhen und Lungenentzündungen. Auf diese Weise ist das Münchener Klima den Säuglingen besonders gefährlich. Viel intensiver wie die niedrige Temperatur wirkt die hohe auf den Säugling ein. Besonders deletär wirkt andauernd gleichmäßige Hitze mit hoher Lufttrockenheit. Je höher die Temperatur und je weniger sich die Nächte abkühlen, um so verderblicher tritt der Einfluß der Sommerhitze zutage. Der Unterschied der Sommertemperatur zwischen Tagesmaximum und -minimum ist demnach von erheblicher Bedeutung. Das Wärmeminimum drückt den Grad der nächtlichen Abkühlung aus und hohe Wärmeminima sind besonders gefährlich. So zeichnet sich, worauf Finkelnburg zuerst hingewiesen, Berlin durch höchste Minima im Sommer aus, nirgends ist so wenig Abkühlung an heißen Tagen im Sommer geboten wie in Berlin, weil diese Stadt vom Gebirge und von der See gleich weit entfernt ist, wozu manchmal noch die Wirkung des märkischen Sandbodens kommt. Daß die Sommersterblichkeit der Säuglinge in Dresden geringer ist wie in Leipzig, führt Prinzing[1]) auf die infolge der Lage an der Elbe bedingten größeren nächtlichen Abkühlungen der Luft zurück. Das gleiche ist auch in München gegenüber Berlin zutreffend.

Über die klimatischen Verhältnisse in Frankfurt, soweit sie hier interessieren, gibt das Werk „Das Klima in Frankfurt a. M."[2]) Auskunft. Es wird dort angegeben (S. X), daß in bezug auf Bodengestaltung Frankfurt äußerst günstig gelegen sei. Während warme Süd- und Südostwinde und warme und feuchte Südwestwinde und Westwinde freien Zutritt haben und dem sanftansteigenden Boden folgen, sind rauhe Nordwest-, Nord- und Ostwinde durch das Taunusgebirge ferngehalten oder doch in ihrer Macht gebrochen. Zweifellos besitzen die durch das Gebirge, den Main und seine Zuflüsse veranlaßten mäßigen Berg- und Talwinde neben den Hauptwinden Einfluß auf die in gesundheitlicher Beziehung so wichtige Lufterneuerung der Stadt. Die mittlere Jahrestemperatur betrug für den Durchschnitt der fünfzig Jahre 1851—1900 9·7 Grad.

Die Frankfurter Gegend schließt sich unmittelbar an die wärmsten Gegenden Deutschlands an. Was die Jahresschwankungen der Temperatur anlangt, neben der mittleren Jahrestemperatur der wichtigste klimatische Faktor, als deren Maß man den Unterschied der Mitteltemperaturen des kältesten und wärmsten Monats anzugeben pflegt, so betrug dieser Unterschied in Frankfurt 1857—1892 19·1°, in Köln nur 17·1, in Straßburg 19·5. Wenn man eine jährliche Wärmeschwankung von 20 Grad als Grenze zwischen dem limitierten und dem exzessiven Klima annimmt, so gehört das Klima Frankfurts noch zu dem limitierten, aber es liegt dem exzessiven schon ziemlich nahe. Es steht zu 28°/₀ unter dem kontinentalen, zu 72°/₀ unter dem ozeanischen Einfluß.

Das mittlere tägliche Wärmeminimum betrug in den Jahren 1857 bis 1892 für die Monate Juli und August zwischen 12·5 und 14·8 in

---

[1]) Prinzing, Die Kindersterblichkeit in Stadt und Land, Jahrbuch der Nationalökonomie und Statistik, 75, III. Folge, Band 20, S. 637—638.

[2]) Ziegler und König, Das Klima von Frankfurt, 1896.

Berlin dagegen 1895 zwischen 12·8 und 16·0, in München im gleichen Jahre zwischen 11·2 und 14·5.

Der Parallelismus zwischen der Höhe, der Temperatur und der Höhe der Sterblichkeit der Kinder an Darmkatarrhen läßt sich in Frankfurt natürlich auch leicht nachweisen. Aus den Zusammenstellungen Bleichers ergibt sich der Verlauf der Sterblichkeit an akuten Darmkrankheiten geradezu als eine Funktion der mittleren Tagestemperaturen. Flügge[1]) wies in einer Tabelle auf die Abhängigkeit der Säuglingssterblichkeit von der Außentemperatur hin, indem er die Säuglingssterblichkeit der Durchschnittstemperatur der heißesten Monate gegenüberstellte. Er fand, daß die hohe Säuglingssterblichkeit überall da vollständig fehlt, wo die Temperatur des heißesten Monats nicht über 16° hinausgeht. So ist die Durchschnittssterblichkeit in Schottland 11·9 bei einer Durchschnittstemperatur von 14·6, in Schweden 13·5 bei 16°, in Sachsen dagegen 26·3 bei einer Temperatur von 18·5°, in Württemberg 35·4 bei einer Durchschnittstemperatur von 19·0°. Wir haben daraufhin die Durchschnittstemperatur des heißesten Monats in Frankfurt für die Jahre 1857—1903 zu ermitteln gesucht und die bemerkenswerte Tatsache gefunden, daß sie in der Zeit von 1857—1880 relativ viel niedriger gewesen ist, wie von 1880 an. Während in der ersten Periode die Durchschnittstemperatur des heißesten Monats zwischen 13 und 16° war, sich nur ausnahmsweise über 17° erhöht, beträgt seit 1880 die Durchschnittstemperatur im Minimum 17·7 und bewegt sich von da aufsteigend bis zur Höhe von 20·9°. Der Sommer ist demnach in den letzten 25 Jahren in Frankfurt bedeutend heißer geworden, was sich auch daraus ergibt, daß 1880 die mittlere Sommertemperatur für die vorangegangenen 25 Jahre 15·21° betrug, 1903 jedoch für den fünfzigjährigen Durchschnitt 18·5. Allerdings kommt es nicht allein auf die Höhe der Hitze, sondern auch auf die Dauer derselben an. Was diese betrifft, so ist große Hitze in Frankfurt nicht von langer Dauer. Diesem Umstand sowie den nächtlichen Abkühlungen mag es zuzuschreiben sein, daß Frankfurt hinsichtlich der Sommersterblichkeit der Säuglinge, soweit klimatische Einflüsse in Betracht kommen, günstig abschneidet. Auch das Winterklima ist hier den Säuglingen günstig, die Kälte ist weder außerordentlich hoch noch von langer Dauer, die erste Wärmeperiode tritt früher ein, kalte rauhe Winde fehlen.

6) Öffentliche Gesundheitspflege und Säuglingssterblichkeit.

Während die klimatischen und Witterungsverhältnisse eines Ortes in ihrer Beziehung zur Kindersterblichkeit an sich direkt nicht beeinflußbar sind, sind es im höheren oder geringeren Grade die jetzt zu behandelnden Faktoren. Von diesen betrachten wir zunächst den Stand der öffentlichen Gesundheitspflege einer Örtlichkeit überhaupt. Denn es unterliegt keinem Zweifel, daß eine gute Beschaffenheit der

[1]) Flügge, Lehrbuch der Hygiene 1902, S. 674.

sanitären Einrichtungen und die dadurch bedingte Abnahme der Sterblichkeit überhaupt nicht nur den Erwachsenen, sondern auch dem Kindesalter zugute kommen und die Sterblichkeitsziffer derselben günstig beeinflussen muß, wenn sich dies im einzelnen auch nicht immer zahlenmäßig nachweisen läßt. Die Beschaffenheit der Wasserversorgung, Abfuhr, Städtereinigung, die Wohnungen, das Krankenhauswesen kommt hier in erster Linie in Betracht. Auf das Entstehen guter Krankenhäuser, der vorzüglichen Durchführung der Kanalisation, Straßenreinigung und Wasserversorgung führt Seutemann die rapide Abnahme der Kindersterblichkeit während der beiden letzten Dezennien zurück[1]. Groth[2] konstatiert für München, daß der allgemeinen sanitären Hebung der Stadt, der Schaffung der Hochquellenwasserleitung, Kanalisation, der Beschaffung gesunder Wohnungen ein erhebliches Verdienst an dem ständigen Rückgang der Säuglingssterblichkeit zukomme.

Auch die Frankfurter sanitären Einrichtungen befinden sich in einem guten Zustande und werden noch fortlaufend verbessert und vervollkommnet, so daß Frankfurt als eine der gesündesten und saubersten Städte der Welt bezeichnet werden kann. Kanalisation mit obligatorischem Anschluß der Häuser, Reinigung, Wasserversorgung und Wohnungspflege sind als vorbildlich zu betrachten, und wenn all dies die allgemeine Sterblichkeitsziffer herabgesetzt hat, so ist es auch der Gesundheit der Säuglinge zugute gekommen.

Zwei Kapitel öffentlicher Gesundheitspflege sollen noch näher betrachtet werden, da deren Zusammenhang mit der Säuglingssterblichkeit zahlenmäßig nachgewiesen werden kann, das sind die Wasserversorgung und die Wohnungszustände.

Schlechtes Wasser wirkt schädlich auf die Gesundheit der Kinder, da es die Nahrung verdirbt, sei es, daß es direkt der Milch beigemischt wird, sei es, daß die Geschirre mit demselben gespült werden. Stammt das Wasser aus verunreinigtem Untergrund oder Flußläufen, so können Epidemien von Säuglingsdiarrhöen durch dasselbe hervorgerufen werden. Kruse[3] wies auf die zahlenmäßige Abhängigkeit der Kindersterblichkeit von der Wasserversorgung hin und auf die Zunahme der ersteren mit der Verschlechterung derselben, wenn z. B. die Filter nicht gut arbeiten. Mit Zunahme der Anschlüsse an die Quellwasserleitung bessert sich die Säuglingssterblichkeit. In Hamburg[4] ist der Rückgang der Säuglingssterblichkeit seit 1893 allein der Filtration des Trinkwassers zuzuschreiben, während vorher ungereinigtes Elbewasser benutzt worden war. Daß in Berlin, Hamburg und Altona die Verbesserung der Wasserleitung das

[1] Seutemann, Kindersterblichkeit sozialer Bevölkerungsklassen, Tübingen 1894, S. [illegible].

[2] Groth, Statistische Unterlagen zur Beurteilung der Säuglingssterblichkeit in München. Zeitschrift für Hygiene, 51, S. 232.

[3] Kruse, Über die Einwirkung der Flüsse auf Grundwasserversorgungen und deren hygienische Folgen. Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege. 1900, S. 144.

[4] Die gesundheitlichen Verhältnisse Hamburgs im 19. Jahrhundert. Hamburg 1900. S. 145.

ausschlaggebende Moment für die Säuglingssterblichkeit ist, folgert Kruse daraus, daß diese Städte die einzigen sind, in denen mit Absinken der Säuglingssterblichkeit gleichzeitig eine Abnahme der Darmerkrankungen erfolgte. Ebenso wie Flußwasserkeime, die durch künstliche Sandfilter gehen, können aber auch Bakterien wirken, die bei Hochwasser in den Grundwasserwerken auftreten. Den Beweis hat Meinert für Dresden gebracht. Regelmäßig starben nach Hochwasser mehr Kinder an Magendarmkrankheiten als sonst.

Auch Mangel an Wasser beeinflußt die Kindersterblichkeit, denn wo die Wasserleitung fehlt, kann die Milch im heißen Sommer nicht gehörig kühl gehalten werden.

Was in Frankfurt die Wasserversorgung anlangt, so wurde, nachdem die verschiedenen früheren Wasserleitungen bei dem Wachstume der Stadt sich als unzureichend erwiesen hatten, in der zweiten Hälfte der Sechzigerjahre eine neue Wasserleitung in Angriff genommen. So ist die Stadt nunmehr vorwiegend mit Quellwasser versorgt, in zweiter Linie mit Grundwasser. Die vorhandene Flußwasserleitung dient nur zur Besprengung von Straßen und Gärten. Das Frankfurter Wasser ist von guter Qualität und ist dieselbe stets unverändert die gleiche gewesen. Die Wohnungen sind jetzt fast alle an die Wasserleitung angeschlossen. 1905 zählte man 17752 Anschlüsse bei 17541 bebauten Grundstücken, während 1890 von je 100 Wohnungen nur 81·8 an die Quellwasserleitung angeschlossen waren. Die zur Verfügung stehende Wassermenge ist reichlich, entfielen doch 1905 pro Kopf und Tag 157·9 l Wasser. Wenn also das Vorhandensein von gutem und reichlichem Trinkwasser der Säuglingssterblichkeit abträglich ist, so treffen diese Voraussetzungen für Frankfurt zu.

c) Die Beziehung der Wohnung zur Kindersterblichkeit.

Bei den engen Beziehungen, die zwischen Wohnung und Gesundheit bestehen, ist es ohne weiteres klar, daß ungesunde Wohnungen, wie dem Erwachsenen, so auch dem Säugling verderblich werden müssen. In engen, feuchten Wohnungen, in welchen unreine Luft herrscht, die dunkel sind, bei denen der freie Zutritt des Sonnenlichtes fehlt, die schmutzig, überfüllt und überheiß sind, ist die Säuglingssterblichkeit besonders groß. Je dichter die Menschen beisammenwohnen, je enger die Gebäude zusammenstehen, um so größer die Sterblichkeit. In Leipzig starben nach den Mitteilungen des dortigen statistischen Bureaus (12. Heft 1877) in Häusern mit einer Durchschnittszahl von 0 bis 1 Bewohner auf ein heizbares Zimmer 11·11% der Geborenen, bei 1·5 bis 2 Bewohner 25·8%, bei 2 bis 2·5 Bewohner 34·49 und bei über 3 Bewohner 41·89%. In Wien starben in den Bezirken, in denen sich bei der Volkszählung 1890 unter 1% überfüllte Wohnungen finden, wobei als überfüllt diejenigen Wohnungen bezeichnet sind, in welchen in einem Raume mehr als 3 Personen zusammenwohnen, 11 bis 25%, dagegen in den Bezirken, in welchen auf 1 Zimmer 4 bis 6 Personen

kommen 30 bis 39·8 % in den Bezirken, in welchen sich mehr als 8 Personen auf 1 Zimmer verteilten, 38·8 bis 42 % Kinder.

Die überfüllten Wohnungen sind deshalb so schädlich, weil die Überhitzung im Sommer um so größer ist, je enger die Wohnung, desto größer auch die Unreinlichkeit, desto größer auch die Infektionsgelegenheit, auch abgesehen von der bakteriellen Zersetzung der Milch. Infolge der ungünstigen Wärmeverhältnisse, der dort herrschenden hohen Temperaturen ist auch in den Mansardenwohnungen die Säuglingssterblichkeit eine wesentlich höhere wie in den niederen Stockwerken. Baginsky[1]) rechnet auch die im IV. Stock gelegenen Wohnungen, die Hof- und Kellerwohnungen zu den gesundheitlich ungünstigen. Vielfach sind auch in den hohen Mietskasernen die Wärmeverhältnisse nicht günstige, da sich bei dem engen Zusammenwohnen hier die Luft in der Nacht nicht genügend abkühlt.

Am konsequentesten ist seit vielen Jahren die Ansicht, daß die Säuglingssterblichkeit in erster Linie eine Wohnungsfrage sei, von Meinert in Dresden[2]) vertreten worden, und er hat für den Zusammenhang zwischen beiden eine neue Erklärung gegeben, in welcher er den Hauptnachdruck auf die Bauweise der Häuser und die Ventilation der Wohnungen legte. Aus seinen Untersuchungen in Dresden zog er den Schluß, daß die Wohnungsgefahr in dem völligen Darniederliegen der notwendigen Ventilation zu suchen sei. In Häusern mit geschlossener Bauweise kommt die Luft leicht zur Stagnation, günstig ist die offene Bauweise, wenn die Häuser rings von der freien Luft umspült werden. Die nach Straßen geschiedene Mortalität soll parallel gehen den Hindernissen, durch welche die den Häuserreihen zuströmende Luft sich durchzuwinden hatte. Maßgebend vor allem sei die Gebäudedichtigkeit, freistehende Häuser erwiesen sich am gesündesten, dagegen ist die Sterblichkeit in den Häusern am größten, welche sich gegenseitig Luft und Licht wegnehmen und die Rücken an Rücken stehen.

Die Richtigkeit seiner Theorie schließt Meinert auch aus dem Zurückgehen der Säuglingssterblichkeit in den Städten, wo die Wohnungen im großen Stil durch Niederlegung enger ungesunder Quartiere verbessert wurden. So sank nach Inkrafttreten der englischen public health Acts die Säuglingssterblichkeit von 25 auf 17, als viele ungesunde Quartiere niedergelegt wurden und durch saubere Neubauten für die Arbeiter ersetzt wurden. Diese Reform kam ausschließlich den Kindern zugut, während die allgemeine Sterblichkeitsziffer dadurch nicht beeinflußt wurde. Prausnitz in Graz bestätigte die Befunde Meinerts. Er fand, daß

---

[1]) Baginsky, Die Kindersterblichkeit in großen Städten. Hygienische Rundschau 1906, S. 622.

[2]) Meinert, Cholera infantum aestiva. Berl. Monatshefte. 1891, S. 523.

Derselbe, Säuglingssterblichkeit und Wohnungsfrage. Archiv für Kinderheilkunde, 1906, Band 44, S. 124.

Derselbe, Wie stehen wir mit der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit? Soziale Medizin und Hygiene 1908, S. 647.

die Todesfälle an Magendarmkrankheiten fast sämtlich in den engsten Straßen der dicht bebauten Viertel der innersten Stadt zu beobachten seien. Holle, der Assistent von Prausnitz, fand in Graz, daß von den gestorbenen Säuglingen nur 15 % in vollkommen durchlüftbaren Wohnungen gelebt hätten, 19,5 % waren teilweise durchlüftbar und 65 % dieser Wohnungen nicht durchlüftbar.

Die Lehre Meinerts hat früher viel Anfechtung gefunden, sie bricht sich neuerdings aber immer mehr Bahn. Daß die Wohnung für die Sterblichkeit von großer Bedeutung ist, darüber herrscht Einstimmigkeit. Zur Diskussion steht nur das Maß des Einflusses. Zugegeben vor allem wird so viel, daß die Wohnung nicht allein ausschlaggebend sein kann, sondern im Zusammenhang mit anderen Faktoren. Am zutreffendsten dürfte wohl das Urteil Willims[1]) sein, der als Ursache der sommerlichen Häufung der tödlichen Darmkatarrhe drei Momente findet, davon jedes für sich wirkungslos, die aber vereint jene mächtige deletäre Wirkung ausüben. Diese sind 1. hohe Wohnungstemperatur, 2. künstliche Ernährung, 3. ungünstige soziale Lage. Daher ist die hohe Säuglingssterblichkeit fast nur bei den künstlich genährten Kindern der armen in ungesunden Wohnungen hausenden Bevölkerung zu suchen. Armut und schlechte Wohnungen brauchen deshalb nicht immer zusammenzutreffen. Tatsächlich ist ja die Wohnung wohl ein Ausdruck der sozialen Verhältnisse und wird uns als solche im nächsten Kapitel nochmals beschäftigen, aber daß auch die Armen in gesunden Wohnungen hausen können, beweist die Tätigkeit der gemeinnützigen Baugesellschaften und deren günstigen Einfluß auf die Säuglingssterblichkeit. In den Londoner Peabody Häusern belief sich die Säuglingssterblichkeit nur auf 15 ‰, während sie bei der armen Bevölkerung Londons das Doppelte betrug.

Wie ist es nun demgegenüber mit den Wohnungsverhältnissen in Frankfurt bestellt? Es braucht nicht weiter betont zu werden, daß es auch hier an schlechten und ungesunden Wohnungen nicht fehlt. Darüber haben u. a. die beiden Wohnungsenqueten, die 1897 vom Frankfurter Mieterverein und 1902 von der städtischen Gesundheitskommission vorgenommen wurden, ziffernmäßig Aufschluß gebracht. Doch können diese Ergebnisse nicht maßgebend sein, weil die Untersuchung von vornherein auf eine relativ kleine Zahl der kleinsten und schlechtesten Wohnungen sich erstreckte; maßgebend sind hier überhaupt nicht die absoluten, sondern die Relativzahlen, die durch Vergleich mit anderen Städten gewonnen wurden.

Wir haben als Hauptübelstand im Wohnungswesen mit Bezug auf die Säuglingssterblichkeit die allzu große Bau- und Wohnungsdichtigkeit kennen gelernt. In Frankfurt liegen nach dieser Hinsicht die Verhältnisse sehr günstig, die Bebauung der vorhandenen Fläche ist relativ sehr gering. So waren 1905 nur 13 % der Fläche bebaut, in Nürnberg dagegen 23, in Breslau 26, in Hamburg 28 und in Berlin 45 %. Außerdem

[1]) Willim, Säuglingssterblichkeit und Sommertemperatur. Zeitschrift für Hygiene, Band 62, 1908, S. 101.

sorgt die Bauordnung für die Außenstadt vom 4. Jänner 1891 für ein weiträumiges Bauen und Wohnen. Der engen Bebauung und Ausnutzung der Grundstücke ist Einhalt geboten durch scharfe Vorschriften über die Größe der unbebaut bleibenden Räume der Grundstücke, Gebäudehöhe und Anzahl der Wohngeschosse und Bemessung des Hofraumes, die bessere Stellung und Zugänglichkeit der Hofgebäude. In der Außenstadt ist außerdem durch Anlagen von Parks, Gärten und freien Plätzen, um die Dichtigkeit des Wohnens auszugleichen, für Licht und Luft gesorgt.

Wie günstig in Frankfurt die Wohnungsverhältnisse in bezug auf die Dichtigkeit des Wohnens beschaffen sind, ergibt sich aus folgenden Zahlen. Auf ein bebautes und bewohntes Grundstück kamen 1905 durchschnittlich 20 Einwohner [1], in Berlin dagegen 77, in Breslau 52, in München 36, in Dresden 31; günstiger stehen nur wenige Städte, wie Köln mit 17 Einwohnern. Ebenso günstig steht Frankfurt hinsichtlich der Wohnungshäufung auf einem Grundstücke. Nimmt man das Zusammenwohnen von 1 bis 5 Haushaltungen auf einem Grundstück als ein normales Verhältnis der großen Städte an, so findet sich in Frankfurt 72 % Grundstücke, welche diesen Bedingungen entsprechen; in Breslau dagegen nur 22 %, in Berlin nur 13 % und in Schöneberg 9 %. Die Zahl der sogenannten Mietskasernen, als welche die Grundstücke mit über 20 Wohnungen gelten, betrug in Frankfurt noch nicht ½ % aller bewohnten Grundstücke, in Breslau dagegen 21 %, in Charlottenburg 27 %, in Schöneberg 41 % und in Berlin 42 %. Von 100 bewohnten Grundstücken haben in Frankfurt nur 4 % mehr wie 50 Bewohner, dagegen Breslau 44 %, in Charlottenburg 53 %, in Berlin 61 % und in Schöneberg 64 %. Dabei hat man noch in Frankfurt a. M. die hygienischen Nachteile der Mietskasernen insofern vermieden, als man die Entwicklung der Bauten in der Tiefe, mit ihrem System der unbebauten Höfe nicht mitgemacht hat. Die Zahl der Hinterhäuser und Seitengebäude ist relativ gering, da von 100 Grundstücken 86 aus einem Gebäude bestehen, in München dagegen nur 57 und in Berlin 18.

Die Dichtigkeit der Bewohnung betrug 1895 4·52 [2], sie ist im Laufe der Jahre geringer geworden, sie betrug 1880 noch 4·77 und dieses Geringerwerden betrifft alle Größen und Klassen der Wohnungen. Es hat eine Abnahme der kleinsten Größenklassen und Vermehrung der Zwei- und Dreizimmerwohnungen vom Jahre 1880 auf 1895 stattgefunden, so ist für die breitesten Schichten der Bevölkerung die Wohnweise durchweg eine bessere geworden und ein Teil der früher stark zusammengedrängten Bevölkerung fand Gelegenheit zur Ausbreitung. Überfüllte 1- bis 3-Zimmer-Wohnungen gab es 1900 in Frankfurt a. M. 9·1 ‰, in Berlin dagegen 60 ‰, in Barmen 129 ‰, in Leipzig 48 ‰ [3].

Auch die Ausnutzung der Baugrundstücke hat, wie wir gesehen haben, die Bauordnung unterbunden. 1895 gab es in Frankfurt unter

[1] Statistisches Jahrbuch deutscher Städte, 1908, S. 29.
[2] Beiträge zur Statistik der Stadt Frankfurt a. M. N. F. Ergänzungsblatt. Nr. 5.
[3] Statistisches Jahrbuch deutscher Städte, 1903, S. 60.

1000 Gebäuden nur 113, die außer dem Parterrestock mehr wie ein viertes Stockwerk aufwiesen, in Berlin jedoch 330, in München 223, in Chemnitz 361. Mansardenwohnungen wurden nur 8,2% ermittelt, dagegen gar keine Kellerwohnungen. Es kommt noch hinzu, daß es in Frankfurt dank der Tätigkeit der gemeinnützigen Wohnungsgesellschaften eine eigentliche größere Wohnungsnot nie gegeben hat, vielmehr die Herstellung von neuen Wohnungen mit der Zunahme der Bevölkerung stets gleichen Schritt gehalten hat.

In Hinsicht des g e m e i n n ü t z i g e n Wohnungsbaues steht Frankfurt an der Spitze aller deutschen Städte, absolut wie relativ, es gibt dort zirka 4000 von gemeinnützigen Gesellschaften erbaute Arbeiterwohnungen. 1903 waren 3060 vorhanden, in Hamburg, aber nur 2500, in Leipzig 2300, in Berlin 2000[1]). Von je 20 Einwohnern Frankfurts wohnt einer in einem der vom Staat, der Stadt oder den Baugesellschaften erbauten Häuser[2]).

In den Wohnungen der „Aktienbaugesellschaft für kleine Wohnungen“, die in ihren Häusern allein 5400 Personen untergebracht hat und in den durchweg gesunde Wohnungen sind, ist dementsprechend wie in den Peabody Häusern in London die Säuglingssterblichkeit ganz besonders gering, sie blieb 1905 mit 15,8 auf 100 Geborene noch unter dem Durchschnitt der gesamten städtischen Säuglingssterblichkeit.

Bei Betrachtung der Säuglingssterblichkeit in den verschiedenen Stadtteilen haben wir schon darauf hingewiesen, daß die verschieden hohe Sterblichkeit in den Arbeitervierteln durch die verschiedene Beschaffenheit der Wohnungen zu erklären ist. In Tabelle 32 finden sich zwei alte Viertel, die Altstadt und die östliche Innenstadt verzeichnet und zwei neue Viertel: Nordost und Südwest. Alle diese Stadtviertel sind vorwiegend von Arbeitern und kleinen Leuten bewohnt, auch die Geburtsziffer ist annähernd gleich. Es beträgt aber die Säuglingssterblichkeitsziffer in den alten Stadtteilen 31 und 30, in den neuen 16 und 20. Erstere sind eben alte Stadtviertel mit alten Häusern, engen finsteren Straßen, mit ungünstigen Luftverhältnissen, teilweise schmutzig, letztere sind neue Stadtteile, weiträumig gebaut, mit breiten Straßen, teilweise mit Anlagen und Baumpflanzungen versehen, die Wohnungen sind hell und luftig. Bemerkenswert ist, daß die Sanierung der alten Stadtteile durch Niederlegung der engen luft- und lichtlosen Häuser und Schaffung neuer gesunder Wohnungen immer mehr fortschreitet. Die Citybildung wird auch für Frankfurt eine weitere Verminderung der Säuglingssterblichkeit im Gefolge haben.

d) Die allgemeinen sozialen Verhältnisse und die Kindersterblichkeit.

Zahlreiche Untersuchungen haben einwandfrei festgestellt, daß das Schicksal des Kindes abhängig ist von den Mitteln, welche dem Ernährer

[1]) Statistisches Jahrbuch deutscher Städte, 1903. 164.

[2]) Adler, Wohnungsverhältnisse und Wohnungspolitik der Stadt Frankfurt a. M. Frankfurt a. M. 1904, S. 116.

zu Gebote stehen und von der Quote, welche für den einzelnen Kopf verfügbar ist, daß die exzessive Kindersterblichkeit demnach nur beim Proletariat zu finden ist, daß dagegen die Kindersterblichkeit sinkt, eine je höhere soziale Stellung der Erzeuger des Kindes einnimmt. Bei den Kindern der Armen fehlt es aus Mangel an Mitteln und Zeit an der notwendigen Pflege, an der Beschaffenheit und sorgfältigen Zubereitung der Nahrung, an einer guten und gesunden Wohnung und an der notwendigen ärztlichen Behandlung. Dazu kommt noch, daß oft das Elend mit Unwissenheit und der Abstumpfung der ethischen Gefühle gepaart ist. Vielfach herrschen Vorurteile und abergläubische Vorstellungen bezüglich Ernährung und Pflege der Kinder und an Stelle des sittlichen Pflichtbewußtseins tritt Gleichgültigkeit und Geringschätzung gegenüber dem zahlreich vorhandenen und rasch sich wieder erneuernden Nachwuchse auf. Unwissenheit und Unsittlichkeit finden sich zwar auch bei Müttern aller Stände, am häufigsten sind sie aber eine Folge des Pauperismus und wirken deshalb in den Kreisen des Proletariats weit verderblicher als unter der wohlhabenden Klasse.

So bestimmt nicht die bessere oder schlechtere wirtschaftliche Lage einer Volksschicht allein, vielmehr das gesamte kulturelle Niveau, welches ja allerdings in erster Linie von den Erwerbsverhältnissen abhängig ist, die Höhe der Kindersterblichkeit und diese ist als solche der Maßstab für den durchschnittlichen standard of life.

Man hat als Maßstab für die soziale Lage die verschiedene Berufsschaft, die Höhe des Einkommens, die Größe und den Preis der Wohnung, die Dienstbotenhaltung aufgestellt.

Unter dem Begriff „soziale Lage" läßt sich eine große Anzahl der von den Autoren für die Säuglingssterblichkeit in Anspruch genommenen Ursachen zusammenfassen. Die soziale Lage ist nach Weinberg[1]) ein Ursachenkomplex mit verschiedenen Erscheinungs- und Ausdrucksformen. So sind die Frauenarbeit, die Rasse, die Geburts- und Unehelichkeitsziffer, die man in besonderer Beziehung zur Säuglingssterblichkeit gebracht hat, nichts anderes wie besondere Ausdrucksformen der sozialen Lage. Über den Einfluß des Wohlstandes auf die Säuglingssterblichkeit sind zahlreiche Beobachtungen angestellt worden, u. a. von Conrad, Wolff, Seutemann, Prausnitz. Nach Krautwig[2]) darf man als Durchschnitt für Deutschland annehmen, daß bei den Wohlhabenden 10 bis 15%, im Mittelstand 20 bis 25% und von Kindern armer Eltern im Durchschnitt 40% im ersten Lebensjahre sterben. Während hier der Stand der Eltern oder das Einkommen als Maßstab für die soziale Lage gewählt wurde, legten andere die Wohnung als Indikator des Wohlstandes zugrunde. In München[3]) starben nach Groth nicht weniger

[1]) Tugendreich, Säuglings- und Mutterfürsorge, 1910.

[2]) Krautwig, Über Säuglingssterblichkeit und ihre Bekämpfung mit besonderer Berücksichtigung der Stadt Cöln. Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege 1902, S. 115.

[3]) Groth, Statistische Unterlagen der Säuglingssterblichkeit in München. Hygienische Rundschau 1905, S. 825.

wie 80 % der Säuglinge in Wohnungen mit 1 bis 4 Räumen und nur 8·7 % in Wohnungen mit 4 und mehr Räumen. Die Wohnungen mit 1 bis 2 Räumen machen aber nur 35·1 % aller Wohnungen aus, welchen die oben erwähnten 80 % der verstorbenen Säuglinge entsprechen, während in den 25·7 % des Wohnungsbestandes, welche die großen Wohnungen umfassen, nur 8·7 % aller Säuglinge erlagen. Die Säuglinge solcher Kreise, welche durch ihre soziale Stellung nur kleine Wohnungen mieten können, sind daher in viel höherem Grade gefährdet wie die Kinder der besser situierten Kreise. In Berlin starben nach Neumann[1]) in der ersten Wohnungsgruppe (das sind Wohnungen von höchstens 2 Zimmern und Küche) 17·70 %, in der II. (3 Zimmer und Küche) 12·79 % und in der III. (Wohnungen von 4 und mehr Zimmer mit Zubehör) 7·29 %, wenn man die Sterblichkeit in der dritten Gruppe = 1 setzt, so starben in der zweiten Gruppe 1·75 und in der ersten 2·43mal soviel.

Endlich haben einzelne Autoren, wie Seutemann die Säuglingssterblichkeit mit der Dienstbotenhaltung in Beziehung gesetzt und gefunden, daß da, wo die meisten Dienstboten gehalten werden konnten, auch die geringste Sterblichkeit bei den Säuglingen zu konstatieren ist.

Über die wichtige Beeinflussung, welche durch die sozialen Verhältnisse die Ernährungsart der Kinder erfährt, wird in einem späteren Kapitel zu sprechen sein.

Über die Wohlstandsverhältnisse von Frankfurt im Vergleich mit anderen Städten gibt eine Tabelle Bleichers im 6. Band des Statistischen Jahrbuchs deutscher Städte[2]) Auskunft. Danach kommen 1895/96 auf 1000 Einwohner in 13 deutschen Städten 148 Steuerzahler, in Frankfurt 171, der Steuerbetrag auf den Kopf der Bevölkerung war im Durchschnitt M. 9·8, in Frankfurt 26·1, auf den Kopf der Zensiten im Durchschnitt 59·1, in Frankfurt M. 144·5. Das steuerpflichtige Einkommen auf den Kopf der Bevölkerung M. 431, in Frankfurt M. 792, auf den Kopf der Censiten im Durchschnitt M. 2016 und in Frankfurt 5165 Mark. Frankfurt wies sowohl den höchsten Steuerbetrag wie das höchste steuerpflichtige Einkommen auf den Kopf der Bevölkerung auf. Der Ruf Frankfurts als reiche Stadt erscheint demnach im Lichte der Statistik durchaus berechtigt. Nach den Berechnungen Bleichers[3]) sind hier die mittleren und hohen Einkommen stärker vertreten wie in irgend einer andern der großen Städte. Unter den preußischen Großstädten hat Frankfurt die relativ geringste Zahl von Zensiten mit weniger als 3000 Mark Einkommen. Nichtsdestoweniger bildet, wie in anderen Städten, die Zahl derjenigen, deren Einkommen sich nur wenig über das örtliche Existenzminimum erhebt, die größere Masse.

---

[1]) Neumann, Einflüsse der Ernährungsweise auf die Säuglingssterblichkeit. Zeitschrift für soziale Medizin. 1908, S. 291.

[2]) Statistisches Jahrbuch deutscher Städte, Band VI, S. 224.

[3]) Bleicher, Statistische Beschreibung der Stadt Frankfurt a. M. II. Teil 1895, S. 153.

Öfter ist die Zahl der vorhandenen Dienstboten als Maßstab für den vorhandenen Wohlstand angenommen worden. Vergleiche Frankfurts mit anderen Städten wieder ergaben, daß die Zahl der Dienstboten in Frankfurt relativ am größten ist unter allen deutschen Städten. Seutemann[1]) hat in den einzelnen Bezirken Frankfurts eine ziemlich weitgehende Übereinstimmung zwischen Dienstbotenhaltung und Kindersterblichkeit festgestellt.

Tabelle XLIII.

Es betrug:

in den Stadtteilen	Der Prozentsatz der Haushaltungen mit Dienstboten (1890)	Auf 1000 Lebende von 0 bis 1 Jahre waren Gestorbene von 0 bis 1 Jahr in 1872/76 und 1881
Frankfurter Gemarkung	59·74	15·06
Neustadt	36·05	21·07
Altstadt	22·33	24·68
Äußeres Sachsenhausen	29·92	22·80
Inneres Sachsenhausen	14·30	27·57

Es ist nunmehr festgestellt, daß die sehr günstigen Wohlstandsverhältnisse in Frankfurt und die sehr niedrige Kindersterblichkeit parallel gehen. Damit ist aber noch nicht bewiesen, wieso die günstigen Wohlstandsverhältnisse auch dem Proletariat zu gute kommen, von dem, wie wir gesehen haben, ausschließlich die hohe Kindersterblichkeit herrührt. Da trifft nun das zu, was Seutemann in seiner öfters erwähnten Arbeit betont und womit er u. a. die geringere Kindersterblichkeit im Westen Deutschlands gegenüber dem Osten zu erklären sucht, daß die größere Wohlhabenheit, die günstigeren sozialen Verhältnisse nicht allein einer kleinen Minderheit zugute kommen, sondern auch die große Masse muß davon berührt werden. Wo die Kapitalsbildung sich steigert, steigt auch die Nachfrage nach Arbeitern. Wo die Unternehmungen einen hohen Ertrag liefern, werden auch die Arbeiter allmählich Nutzen daraus ziehen. Die Lebenshaltung auch der Arbeiter in reichen und wohlhabenden Gegenden ist eine bessere und bringt die Bevölkerung in eine bessere soziale Lage. Gemeinnützige Einrichtungen sind häufiger da, wo der Wohlstand groß ist. Schulen und andere Bildungsstätten heben die Intelligenz und Sittlichkeit der Bevölkerung, diese sowie die Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitspflege setzen die Kindersterblichkeit herab.

Zweifellos kommt in Frankfurt der Hochstand des allgemeinen kulturellen Niveaus auch der Arbeiterschaft und deren Kindern zugute, auch wenn ihre wirtschaftliche Lage sich nicht entsprechend gehoben hat und die Löhne dieser Schichten sich nicht wesentlich von den in anderen Städten bezahlten unterscheiden. Der ortsübliche Taglohn, der in den deutschen Städten zwischen 1·50 und 3 M. schwankte, betrug für

---

[1]) Seutemann, l. c. S. 32.

Frankfurt M. 250, erreichte also noch nicht den Höchstsatz. Aber einige Momente möchten wir doch noch anführen als Bestätigung dessen, daß der Frankfurter Arbeiter auf einem höheren Niveau lebt, wie der Arbeiter in anderen Städten. Da ist zunächst das Wohnungswesen und hier müssen wir nochmals auf die Wohnung als Indikator des Wohlstandes und der Gesittung zurückkommen, nachdem wir früher die Wohnung vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege betrachtet haben. Charakteristisch ist nämlich, daß der Frankfurter Arbeiter in seinem Wohnungsbedürfnis anspruchsvoller ist wie der Arbeiter anderwärts. Während anderwärts die verheirateten Arbeiter sich oft bis zu einem Drittel oder zur Hälfte mit Einzimmerwohnungen begnügen, bevorzugt der Frankfurter Arbeiter die Zwei- und Dreizimmerwohnungen. So waren unter 1000 Kleinwohnungen von 1 bis 3 Zimmern in Berlin 508 Einzimmerwohnungen, in Breslau 326, in Liegnitz 489, in Frankfurt dagegen nur 179. Was aber die Größe der Wohnung für einen Einfluß auf die Kindersterblichkeit hat, haben wir an den Feststellungen Neumanns für Berlin gesehen.

Was die für die Masse bestimmten Volksbildungseinrichtungen anlangt, so steht Frankfurt wohl an der Spitze aller deutschen Städte.

Endlich sei an das Maß der ärztlichen Behandlung kranker Kinder als eines Symptoms kultureller Verhältnisse gedacht. Während in Bayern und Württemberg bis 80% der erkrankten Säuglinge sterben, ohne daß ein Arzt zur Behandlung beigezogen wurde, dürfte dies in Frankfurt nur bei ganz wenigen Prozenten der Fall sein. Hier wirkt sehr wohltätig die schon seit lange bestehende Bestimmung, daß bei einem Todesfall nur ein Arzt den Todesschein ausstellen darf. So konnte bereits 1863 Varrentrapp es aussprechen, daß auf die Frankfurter geringe Kindersterblichkeit günstig wirken der Wohlstand, die leicht zugängliche und hinreichend benutzte ärztliche Hilfe und eine im allgemeinen verständige Kinderpflege[1].

Daß man die höhere Kulturstufe der breiten Massen der Bevölkerung für die Kindersterblichkeit nachdrücklich verwerten müsse, lehrt auch Selter[2], indem er die geringe Säuglingssterblichkeit im Solinger Industrierevier der höheren Kulturstufe und der relativen Wohlhabenheit der Industriearbeitermassen zugute rechnet.

e) Frauenarbeit und Kindersterblichkeit.

Der Frauenarbeit wird ein fördernder Einfluß auf die Kindersterblichkeit zugeschrieben, und man hat berechnet, daß mit Zunahme der Fabrikarbeit der Frauen in den verschiedenen Distrikten die Säuglingssterblichkeit steigt. Nun ist es aber speziell die Fabrikarbeit selbst gar

[1] Varrentrapp, Der Witterungs- und Gesundheitszustand in Frankfurt a. M. im Jahre 1863. Jahresbericht des ärztlichen Vereines 7, 1863, S. 21.

[2] Selter, Kritischer Bericht über die Ausstellung für Säuglings- und Kinderpflege in Solingen. Deutsche med. Wochenschrift. 1909, S. 165.

nicht, welche den Kindern gefährlich wird, natürlich abgesehen von der zu schweren Arbeit und dem Hantieren mit giftigen Produkten, es ist vielmehr die außerhäusliche Arbeit überhaupt. An sich ist es ganz gleichgültig, ob die Frau in einer Fabrik arbeitet oder beim Nähen, Waschen oder sonstiger Lohnarbeit außer dem Hause arbeiten muß. Die Folge ist wohl immer die, daß sie sich wenig um ihr Kind kümmern kann, sie kann ihm nicht die Brust reichen, kann sich mit seiner Ernährung und Pflege überhaupt nicht abgeben. Die Frauenarbeit ist da am verbreitetsten, wo der Lohn des Mannes nicht ausreicht, um die Familie zu ernähren, sie ist immer ein Symptom der Armut, Frauenarbeit daher eine Folge ungünstiger sozialer und wirtschaftlicher Verhältnisse. In Frankfurt a. M. ist, wie schon früher im Kapitel über Lebensschwäche der Säuglinge angegeben, die Zahl der in den Fabriken beschäftigten Frauen im Vergleich zu anderen Gegenden eine geringe. Nach gütiger Auskunft des Herrn Gewerberates Kliewer in Frankfurt a. M. wurden 1899—1900 in Frankfurt a. M. in 138 gewerblichen Anlagen 778 verheiratete Frauen beschäftigt, darunter 134 Witwen und 59 geschiedene Frauen mit einer Gesamtzahl von 971 Kindern, von welchen 378 noch nicht schulpflichtig waren. Verteilen wir diese gleichmäßig auf alle Altersklassen, so dürften etwa 80 Säuglinge in Betracht kommen, deren Mütter in die Fabriken gehen. Eine viel größere Zahl ist natürlich als Putzfrauen, Zugeherinnen usw. beschäftigt, aber deren außenhäuslicher Dienst erstreckt sich zumeist nur auf gewisse Stunden im Tage und sie sind daher viel eher imstande, ihre Kinder zu versorgen.

f) Konfession und Kindersterblichkeit.

Nicht religiöse oder Rassenunterschiede sind es, welche die verschiedene Höhe der Kindersterblichkeit bei den einzelnen Konfessionen bedingen, sondern auch wieder soziale Momente. Daher wird überall die Kindersterblichkeit bei den Protestanten geringer gefunden wie bei den Katholiken, bei den Juden geringer wie bei den Christen. Für die geringe Kindersterblichkeit bei den Juden sind ausschlaggebend: der bessere Wohlstand, die bessere Pflege, die infolge dessen dem Kinde zuteil werden kann, die größere Sorgfalt und das größere Interesse, welches man der Erhaltung des kindlichen Lebens entgegenbringt, die sich u. a. in häufiger und rascher Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe bei Erkrankungen zu erkennen gibt, endlich die größere Schonung, die sich die jüdischen Frauen in der Zeit der Schwangerschaft angedeihen lassen, die viel seltenere außerhäusliche Beschäftigung der jüdischen Frauen, endlich aber auch die geringe Geburtenzahl. Wo diese günstigen sozialen Verhältnisse nicht vorhanden sind, wie z. B. in Galizien, da ist die Säuglingssterblichkeit auch bei den Juden teilweise eine sehr hohe. Ob auch das Stillen bei den jüdischen Frauen mehr verbreitet ist wie bei den christlichen, läßt sich statistisch nicht feststellen. Nach Angaben Varrentrapps scheint dies früher bei den israelitischen Frauen allgemein die Regel gewesen zu sein. Die Kinder, die nicht gestillt werden konnten, erhielten fast sämtlich

durch Ammen ihre Nahrung, indem selbst die ärmsten Israeliten ihre letzte Ersparnis daran setzten oder sich das nötige Geld schenken ließen, um eine Amme zahlen zu können[1]).

Da die Juden in Frankfurt a. M. einen relativ hohen Prozentsatz ausmachen und fast durchweg den Schichten der Reichen und Wohlhabenden angehören, mindestens aber dem Mittelstand, so stehen wir nicht an, in der Beimischung der wohlhabenden jüdischen Bevölkerung zur christlichen einen Grund für die niedrige Gesamtsterblichkeit zu finden. Bis zum Jahre 1890 betrug der Prozentsatz der Juden in Frankfurt a. M. über 10 gegenüber 1·2 im Deutschen Reiche und von 3 in den übrigen deutschen Großstädten; seit dieser Zeit ist dieses Verhältnis infolge der Eingemeindungen von Orten mit sehr geringer oder fehlender israelitischer Bevölkerung etwas zurückgegangen.

Über die Wohlstandsverhältnisse der jüdischen und christlichen Bevölkerung geben folgende Zahlen Auskunft. Es betrug 1900 die Gesamtzahl der Zensiten in Frankfurt 40.846[2]), davon Protestanten und Katholiken 34.900, Juden 5.946, ihr Gesamtsteuerbetrag 6.156.621 Mark, wovon der Steuerbetrag der Protestanten und Katholiken 3.615.809 Mark, derjenige der Israeliten 2.540.812 Mark betrug. Während die Israeliten nur 15 % der Gesamtzensiten ausmachten, steuerten sie 42 % des Gesamtsteuerbetrages bei. Bei den Protestanten und Katholiken betrug die durchschnittliche Steuersumme ungefähr 100 Mark, bei den Juden dagegen 428 Mark.

g) Geburtsziffer und Säuglingssterblichkeit.

Es leuchtet ohne weiteres ein, daß da, wo zahlreiche Kinder geboren werden auch mehr sterben als da, wo die Geburtsziffer eine niedrige ist. Durch zahlreiche Beobachtungen ist aber festgestellt worden, daß die Sterblichkeit bedeutend mehr als im einfachen Verhältnis zur Kinderzahl wächst. Hier hat man eben die Bevölkerung wieder nach ihrer wirtschaftlichen Lage zu sondern. Bei den Wohlhabenden ist die Kinderzahl gering; groß ist sie dagegen beim Proletariat, ein großer Kindersegen ist ein Charakteristikum, ja ein Symptom des Proletariats und die Bedeutung, welche der hohen Geburtsziffer als Sterblichkeitsursache zukommt, ist gleichzusetzen der Bedeutung der ungünstigen sozialen Lage, des Pauperismus. Sind schon die Säuglinge des Proletariats, auch wenn sie in nur geringer Zahl vorhanden sind, mehr gefährdet als die der wohlhabenden Kreise, so nimmt diese Gefährdung mit steigender Kinderzahl zu, einerseits ist die Mutter durch die vielen Geburten und die harte Arbeit geschwächt, wodurch auch die Stillfähigkeit notleidet, anderseits nimmt die Gleichgültigkeit gegen die später geborenen Kinder zu, und die Not, der Mangel an Subsistenzmitteln stumpft die erforderliche Sorgfalt ab. Je größer daher die Zahl der vorausgegangenen Geburten ist, desto geringer sind die Chancen der nachfolgenden Kinder am Leben zu bleiben.

[1]) Varrentrapp, Besprechung von Karl Mayr, „Die Sterblichkeit der Kinder während des 1. Lebensjahres in Bayern.“ Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. 1872, S. 83.

[2]) Graphisch-statistischer Atlas von Frankfurt a. M. 1905. Tabelle zu Tafel VI.

Der Einfluß der Geburtenziffer wird auch daraus erkannt, daß in vielen Städten, z. B. in München, eine Abnahme der Kindersterblichkeit mit Abnahme der Geburten einhergeht. Es werden allerdings Abweichungen von dem Parallelismus zwischen Säuglingssterblichkeit und Geburtenhäufigkeit nachgewiesen, so gibt es Gebiete mit hoher Geburtsziffer und niedriger Säuglingssterblichkeit, umgekehrt solche mit niedriger Geburtsziffer und hoher Säuglingssterblichkeit. Eine Erklärung hierfür zu finden, ist nicht schwer. Im ersten Falle wird der ungünstige Einfluß einer hohen Geburtsziffer paralysiert durch andere Umstände, welche dem Säuglinge förderand sind, vor allem durch den Einfluß einer weitverbreiteten natürlichen Ernährung, im letzteren Fall ist ein Fingerzeig dafür gegeben, daß die allgemeinen sozialen Verhältnisse ungünstig sind, daß namentlich Ernährung und Pflege des Säuglings viel zu wünschen übrig lassen.

Frankfurt a. M. ist charakterisiert durch eine niedrige Geburtsziffer, was ganz dem im Durchschnitte hohen Wohlstand entspricht. Sie beläuft sich mit 28·5 auf 1000 Einwohner und bleibt noch unter dem Durchschnitt der 39 Großstädte, die für 1901—1905 von Schloßmann[1] auf 29·5 berechnet wurde. Der Einfluß der Geburten auf die Säuglingssterblichkeit in Frankfurt a. M. läßt sich auch aus Tabelle 44 ersehen, welche den Verlauf der Säuglingssterblichkeit über das 19. Jahrhundert darstellt.

Tabelle XLIV.

	Auf 100 Geborene starben	Auf 1000 Einwohner wurden geboren
1801—1810	—	29·8
1811—1820	26·7	27·0
1821—1830	26·2	23·5
1831—1835	25·6	20·0
1841—1850	—	20·7
1851—1860	16·7	19·3
1861—1870	17·9	19·2 23·7
1871—1880	18·1	28·6 31·9
1881—1890	17·6	26·9 27·4
1891—1900	16·01	27·7 28·2
1901—1906	14·25	27·5

Die Geburtsziffern beziehen sich auf die betreffenden Volkszählungsjahre. Sie zeigen das Absinken der Kindersterblichkeit parallelgehend mit

[1] Schloßmann, Statistik und Säuglingsfürsorge. Münchener med. Wochenschrift 1907, Nr. 1.

dem Absinken der Geburtsziffer bis zur Mitte des Jahrhunderts, dann ein Ansteigen derselben bis in die Achtzigerjahre, dann geht das Sinken der Sterblichkeit in den letzten Jahrzehnten wieder mit einer Abnahme der Säuglingssterblichkeit einher. Der niedrigen Geburtsziffer in Frankfurt a. M. wird demnach eine ursächliche Bedeutung für die niedrige Säuglingssterblichkeit nicht abzusprechen sein.

h) Unehelichkeitsziffer und Säuglingssterblichkeit.

Von vornherein könnte man annehmen, daß, da die Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge eine sehr große ist, die Säuglingssterblichkeit eines Landes oder einer Stadt in Zusammenhang gebracht werden kann mit der Ziffer der unehelichen Geburten und die allgemeine Sterblichkeitsziffer der Säuglinge demnach ihren Grund haben könne in der hohen Ziffer der unehelich Geborenen. Zweifellos besteht ein solches Kausalitätsverhältnis, aber ein gesetzmäßiges Verhalten läßt sich nicht nachweisen. Es gibt Städte, in denen die Säuglingssterblichkeit und die Ziffer der unehelichen Geburten eine niedrige ist, wie dies z. B. in den Städten Rheinlands und Westfalens der Fall ist; es gibt wieder Städte mit hoher Säuglingssterblichkeit und hoher Geburtsziffer der Unehelichen, wie z. B. München; in manchen Städten ist die Säuglingssterblichkeit relativ hoch, trotz niedriger Ziffer der unehelichen Geburten. Kompensierende Einflüsse bezüglich der Ernährung und Pflege der Neugeborenen machen sich eben hier geltend. So ist in Schweden, Frankreich und Italien die Kindersterblichkeit gering, trotz großer Zahl der unehelichen Geburten, da hier den unehelichen Kindern eine ausgiebige öffentliche Fürsorge zuteil wird.

Es kommt neben der Höhe der unehelichen Geburten auch auf die wirtschaftlichen Verhältnisse an. Wo uneheliche Geburten häufig vorkommen und die wirtschaftlichen Verhältnissen schlecht sind, da sterben viele Kinder vor Erreichung des ersten Lebensjahres. Silbergleit[1] schlägt den Einfluß der unehelichen Geburten auf das Zustandekommen der Säuglingssterblichkeitsziffer auf 10—15% an.

Über die sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse der unehelichen Kinder in Frankfurt a. M. hat O. Spann[2] eingehende Untersuchungen angestellt. 44% der unehelichen Kinder stammen hier von Dienstboten ab, weil in Frankfurt a. M. die Ziffer der Dienstboten eine besonders große ist und andere weibliche Berufe, Fabrikarbeiterinnen, hier an Zahl zurücktreten. Mehr als die Hälfte der Dienstbotenkinder kommt in Anstalten zur Welt, während es bei den Kindern von Arbeiterinnen nur bei einem Viertel der Fall ist. Die Fabrikarbeiterinnen entbehren daher der Obhut und des Rückhaltes an die Familie weit weniger als die Dienstmädchen. Die Kinder der letzteren sind schlechter versorgt wie die der

---

[1] Silbergleit, Über den jetzigen Stand der Kindersterblichkeit und ihre Entwicklung in den europäischen Staaten, Hygienische Rundschau, 5. Jahrgang, 1895, S. 226.

[2] Spann, Die geschlechtlich sittlichen Verhältnisse im Dienstboten- und Arbeiterinnenstande, gemessen an der Erscheinung der unehelichen Geburten. Zeitschrift für Sozialwissenschaft, 1904, S. 198.

ersteren, die Sterblichkeit der in Anstalten geborenen Kinder ist größer wie die der in privaten Wohnungen Niedergekommenen, ebenso haben sie geringere Aussichten, legitimiert zu werden. Von den in den Anstalten geborenen Kindern kommen viel weniger in unentgeltliche Pflege wie von den in Privathäusern geborenen. Da aber die Haltepflege durchaus ungünstigere, manchmal doppelt so hohe Sterblichkeitsziffern zeigt als die unentgeltliche Pflege, so ergibt sich auch daraus eine größere Sterblichkeit der Dienstbotenkinder.

Über das spätere Schicksal der unehelichen Kinder in Frankfurt a. M., abgesehen von den von ihrem Erzeuger legitimierten, konnte Spann[1]) folgendes feststellen. Er teilte diese in drei Gruppen: 1. Sie wachsen in einer Stiefvaterfamilie auf, d. h. die Familie kommt zustande dadurch, daß die uneheliche Mutter einen andern Vater als den ihres unehelichen Kindes heiratet; 2. sie verwaisen, d. h. es stirbt ihre uneheliche Mutter; 3. die Mutter geht unverehelicht durchs Leben.

Ein reichliches Drittel der männlichen Unehelichen wächst in einer Stiefvaterfamilie auf, von den nach Abzug der Stiefkinder verbleibenden sind ungefähr ein Drittel Waisen und zirka zwei Drittel solche, deren Mutter unverehelicht am Leben bleiben. Kinder, die in einer Stiefvaterfamilie aufwachsen, unterscheiden sich in ihrem Ergehen nicht weiter von den ehelichen. Waisen stehen in der Mitte zwischen ehelichen und unehelichen, am schlimmsten sind dagegen diejenigen Kinder daran, deren Mutter unverehelicht bleibt.

Eine weitere Arbeit Spanns beschäftigte sich mit der Bedeutung des Pflegewesens der Frankfurter unehelichen Kinder für ihre Sterblichkeit[2]). Das Material lieferten die Akten des Frankfurter Vormundschaftsgerichtes. Danach ist der Einfluß des Pflegewechsels ein höchst ungünstiger. Von den Überlebenden blieben 36·7% im ersten Lebensjahre in stabiler Pflege, von den Gestorbenen waren es aber nicht einmal ein Drittel, 29·1%, die die Pflege nicht gewechselt hatten. Die Gefahren des Pflegewechsels bestehen einmal darin, daß bei künstlicher Ernährung eine Änderung der Qualität der Nahrung eine Störung der wichtigsten Lebensbedingungen des Säuglings verursacht, der Pflegewechsel ist aber auch symptomatisch für schlechte Verhältnisse überhaupt, es fehlt nämlich an dem nötigen Pflegegeld, das zur Sicherung einer stabilen Pflege in der Regel unentbehrlich ist. Der Pflegewechsel ist relativ um so gefährlicher, je öfter er stattfindet.

Was Frankfurt a. M. anlangt, so betrug 1901—1905 der Prozentsatz der unehelichen Geburten unter sämtlichen Geburten 13·0, während der Durchschnitt nach Berechnungen Schloßmanns in 39 deutschen Städten 15·7 betrug, in München wurden 25% uneheliche geboren, in Duisburg dagegen 3·2. Da in Frankfurt a. M. die Ziffer der unehelichen Geburten noch unter dem Durchschnitt blieb, so nimmt Schloßmann

---

[1]) Spann, Die Stiefvaterfamilie unehelichen Ursprungs. Zeitschrift für Sozialwissenschaft. 1904, S. 329.

[2]) Spann, Bedeutung des Pflegewechsels und der [illegible] für die Sterblichkeit der unehelichen Kinder. Zeitschrift für Sozialwissenschaft. 1909.

an, daß sie keinen bestimmenden Einfluß auf das Zustandekommen der Säuglingssterblichkeit ausübt, mit anderen Worten, die geringe Ziffer der unehelich Geborenen trägt dazu bei, daß die Säuglingssterblichkeit im allgemeinen eine niedrige ist.

i) Säuglingssterblichkeit und Ernährung.

α) Die natürliche Ernährung.

Daß die Ernährung auf das Gedeihen der Säuglinge von ungeheurem Einflusse ist, darüber herrscht völlige Übereinstimmung. Das Problem der Säuglingssterblichkeit hat seine Ursache in letzter Linie in der künstlichen Ernährung, während die gestillten Säuglinge eine hochgradige Immunität besitzen, die so weit geht, daß alle sonstigen Faktoren, die auf das Gedeihen von nachteiligem Einflusse sind, sogar die Armut, selbst wenn sie mit einer hohen Kinderzahl kombiniert ist[1], durch die natürliche Ernährung paralysiert werden. In den Städten, in welchen auf den Totenscheinen der gestorbenen Säuglinge die Ernährungsart angegeben ist, findet man, daß die gestorbenen Kinder zum allergrößten Teil künstlich ernährt waren, nur ein relativ geringer Prozentsatz der gestorbenen hatte die Mutterbrust erhalten, in München nach Groth 8·33%, in Berlin 9·1%. Ist in diesen Städten außerdem die Ernährungsart der lebenden Kinder durch Enqueten festgestellt, so läßt sich berechnen, wieviel von den gestillten Kindern gestorben und wieviel von den künstlich genährten. In ziemlicher Übereinstimmung hat sich daraus ergeben, daß von den natürlich ernährten Kindern nur etwa 7% starben, von den künstlich genährten dagegen das Drei- bis Siebenfache, ja, an Verdauungskrankheiten beträgt in Berlin die Sterblichkeit der künstlich genährten Kinder das Elffache der Brustkinder, in Sommermonaten sogar das Zwanzigfache. Wo diese Enqueten sich über ganze Städte erstrecken, wie in Berlin und Barmen, oder über einen erheblichen Teil der Bevölkerung wie in München, da läßt sich das Ergebnis auch in Beziehung setzen zur Sterblichkeitsziffer der Säuglinge und da ergibt sich, wie nicht anders zu erwarten, ein gesetzmäßiger Zusammenhang zwischen Stillfrequenz und Kindersterblichkeit. In Barmen ist die Ziffer der letzteren niedrig trotz des Überwiegens der Fabrikarbeiterbevölkerung und einer hohen Geburtsziffer, weil das Stillen sehr verbreitet ist. Wurden doch nach Kriege und Seutemann[2] 62% der Kinder ausschließlich gestillt, 78% erhielten Brust- und Beinahrung, in München ist die Ziffer hoch, entsprechend der Seltenheit der natürlichen Ernährung, die nach Grotha[3], gelegentlich der Impfung gemachten Feststellungen nur etwa 40% der Säuglinge zuteil wird. In Ober- und Unterfranken, wo noch sehr viel gestillt wird,

---

[1] Tugendreich, Zur Bewertung der die Säuglingssterblichkeit bedingenden Ursachen. Jahrbuch für Kinderheilkunde, Band 48, S. 490.

[2] Kriege und Seutemann, Ernährungsverhältnisse und Sterblichkeit der Säuglinge in Barmen. Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege. 1906, Heft 7 und 8.

[3] Groth, Zur Beurteilung der Säuglingssterblichkeit in München. Zeitschrift für Hygiene 1906, S. 257.

beträgt die Säuglingssterblichkeit 18—19%, in Ober- und Niederbayern, wo das nicht der Fall ist, dagegen 33—38%. Es kommt aber nicht allein auf die Tatsache an, daß überhaupt gestillt wird, sondern auch darauf, wie lange die Brust gereicht wird, und auch hier ist durch Enqueten erwiesen, daß, je länger die Stilldauer währt, um so günstiger die Lebenschancen des Kindes sind. Dietrich[1]) erhob eine Enquete über die Ernährungsverhältnisse der Kinder, die im Cölner Wöchnerinnenasyl gestillt wurden, und er fand, daß unter den Kindern, die neun Monate gestillt wurden, die Sterblichkeit 3% betrug, unter denen, welche mindestens 3 Monate gestillt wurden, war sie 8·2%, dagegen unter den Kindern, die weniger wie 3 Monate oder gar nicht gestillt wurden, betrug sie 37·3%. In München wurden nach Groth nur 5·5% mehr wie ½ Jahr gestillt, in Barmen erhalten dagegen bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres noch 61% Brustnahrung. Regelmäßig werden mit zunehmendem Alter die Kinder immer mehr abgestillt.

Ein erheblicher Unterschied in der Stillhäufigkeit und Stillfrequenz ist in den verschiedenen sozialen Schichten wahrzunehmen. Je höher die Stufenleiter von Bildung und Besitz ansteigt, um so seltener und kürzer wird das Stillgeschäft von den Frauen erledigt. In Barmen stillten von Frauen bei niedrigstem Einkommen 81%, bei einem Einkommen von mehr wie 3000 M. 45%, in Berlin nimmt die Häufigkeit des Stillens mit Zunahme der Wohnungsgröße und des Mietzinses ab. Die Ursachen des Nichtstillens sind teils physischer Natur, wie Krankheiten der Mutter und des Kindes, Erkrankungen der Brustdrüsen und -warzen, Milchmangel, teils sozialer Natur, wie Zwang für die Frau, dem Verdienste außerhalb des Hauses nachzugehen, endlich ethischer Natur, wie Bequemlichkeit, Egoismus, Abraten der Hebammen und Ärzte, oder nicht genügende Unterstützung derselben, zu großes Vertrauen in die künstliche Ernährung.

Das Stillen hat vielerorts gegen früher abgenommen, so in Berlin von 55·2 in 1885 auf 31·8 in 1905[2]). In dieser Stadt scheint jedoch wieder eine Zunahme der Stilltätigkeit dank der lebhaften Propaganda konstatiert werden zu können.

In Frankfurt a. M. ist niemals eine Stillenquete gemacht worden[3]), abgesehen von den Aufzeichnungen der Hebammen in ihrem Tagebuch, die aber nur während des Wochenbettes die Frauen in Beobachtung haben und von denen überhaupt nur 70% der Frauen, vorwiegend der mittleren und unteren Schichten, entbunden werden, und abgesehen von den Aufzeichnungen einiger privaten Mutterberatungsanstalten und Milchküchen. Um hier über die Verhältnisse orientiert zu werden, haben wir

[1]) Dietrich, Säuglingsernährung und Wöchnerinnenasyle. Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege. 1901.

[2]) Bluhm, Die Stillungsnot, ihre Ursachen und die Vorschläge zu ihrer Bekämpfung. Zeitschrift für soziale Medizin. 1909, S. 169.

[3]) Bei der diesjährigen Impfung ist von Herrn Kreisarzt Dr. Fromm eine Stillenquete veranstaltet worden. Über die Ergebnisse derselben wird im Nachtrag berichtet.

eine Umfrage bei Frankfurter Ärzten, vorwiegend Frauen- und Kinderärzten veranstaltet und denselben folgende Fragen vorgelegt:

1. Wie hoch die Stillfrequenz geschätzt wird,
2. die Stilldauer,
3. Angaben über wahrgenommene Unterschiede hinsichtlich Stillfrequenz und Stilldauer bei den verschiedenen sozialen Schichten.
4. Über Zu- oder Abnahme gegen früher.
5. Über die Gründe des eventuellen Nichtstillens.

Es hat sich nun auf Grund der Mitteilungen von zirka 40 Ärzten folgendes Bild über die natürliche Ernährung der Säuglinge in Frankfurt ergeben:

Das Stillen hat in den letzten Jahren, dank der Propaganda der Ärzte, in Frankfurt zugenommen, namentlich in den oberen Schichten, so daß die Zahl der Frauen, die überhaupt stillen, wohl auf mindestens 70% geschätzt werden kann. Sehr schlecht steht es aber mit der Stilldauer, die Mehrzahl der überhaupt gestillten Kinder wird viel zu kurze Zeit gestillt, viele nur einige Wochen oder einige Monate. Wenn man als ausreichende Zeit eine Stilldauer von 6 Monaten betrachtet, so sind vielleicht höchstens ein Drittel so lange gestillt. Sehr früh wird außerdem neben der Muttternahrung Beikost gegeben. Die Zahl der ausschließlich an der Mutterbrust ernährten Kinder dürfte in der Minderzahl sein gegenüber denen, die allaitement mixte erhalten. Die Zahl der absolut stillenden Frauen in den besseren Kreisen hat so zugenommen, daß in diesen Kreisen mindestens so viel, wenn nicht mehr gestillt wird wie in den unteren Schichten. Am wenigsten wird im Mittelstand und bei den Beamten gestillt. In den Arbeiterkreisen wird durchschnittlich länger gestillt wie in den höheren Schichten. Die Ursachen des Nichtstillens sind wie überall teils physischer Art: Erkrankungen der Mutter (Allgemeinerkrankungen und Erkrankungen der Brustdrüse), Milchmangel, Erkrankungen des Kindes, teils sozialer Natur, wie außerhäusliche Arbeit der Mutter, teils ethischer Natur, wie Bequemlichkeit, Egoismus, Unverstand.

Die physischen Abhaltungsgründe sind im allgemeinen nicht von besonderer Bedeutung, schätzt doch ein Frauenarzt die absolute Stillfähigkeit auf 85%, einem andern gelang es, in der Privatpraxis 94%, in der Kassenpraxis 90% sämtlicher Frauen zum Stillen zu veranlassen. Auch die sozialen Abhaltungsgründe sind numerisch nicht schwerwiegend, da Fabrikarbeit der verheirateten Frauen nur spärlich in Betracht kommt. Bei dem weitaus größeren Teil der Frauen, die nicht oder ungenügend stillen, sind Mängel an ethischen und intellektuellen Vorstellungen von ausschlaggebender Bedeutung.

Für die Propaganda für das Selbststillen der ehelichen Kinder in Frankfurt a. M. geschieht folgendes:

1. Es werden vom Standesamt bei der Geburtsanmeldung Merkblätter über die Pflege und Ernährung der Säuglinge verteilt, in welchen auf das Selbststillen hingewiesen wird. Diese Merkblätter werden aber notorisch wenig gelesen und beachtet.

2. Es wird in öffentlichen Vorträgen und Versammlungen auf die Wichtigkeit des Stillens hingewiesen.

3. Die Hebammen müssen in ihren Tagebüchern die Eintragung über die Ernährung der Neugeborenen machen; sie werden seitens des Kreisarztes bei Revisionen und Nachprüfungen auf die Wichtigkeit des Stillens hingewiesen.

4. Es werden Stillprämien an stillende Mütter seitens der Auguste-Viktoria-Stiftung verteilt, im ganzen jedoch nur 2000 M. An selbststillende Mütter, für die seitens eines hiesigen Arztes ein Antrag gestellt wurde, werden wöchentlich 2—3 M. bis längstens 6 Monate nach der Geburt gewährt. Die Kinder müssen an bestimmten Stellen, Krippen und ähnl. vorgezeigt werden. Trotzdem mit der Verteilung erst im Juli begonnen wurde, Mütter mit nur einem Kinde ausgeschlossen wurden, war der ausgesetzte Betrag natürlich unzulänglich. — Daneben werden stillende Mütter von Frauenvereinen unterstützt.

5. Es besteht eine Säuglingsfürsorgestelle des Vereines „Weibliche Fürsorge." Die der Überwachung unterstellten Kinder werden regelmäßig alle 14 Tage gewogen und untersucht. Die Wöchnerinnen werden möglichst früh in ihren Wohnungen aufgesucht, zur Erfüllung ihrer Mutterpflicht angehalten und darin unterwiesen, die Mütter mit Milch und Nährmitteln und Geld unterstützt. Die Zahl der überwachten Säuglinge betrug 1907 128. Die Erfolge dieser Fürsorge dokumentierten sich n in der Weise[1], daß, während vor Errichtung der Fürsorge von den Müttern ungefähr 1/2 ausschließlich nährte, 1/4 nur ganz unbeträchtlich, 1/4 gar nicht stillte, nach einjährigem Bestehen der Fürsorgestelle 86% der Kinder gestillt wurden, davon 50% bis 6 Monate, 20% länger als 6 Monate, und zwar ausschließlich. Die Erfolge bezüglich Morbidität und Mortalität der Kinder waren sehr günstige.

In den Krippen des Krippenvereines wird das Stillen insofern gefördert, als die Mütter, welche stillen, am Ende der Woche, die Hälfte des Betrages des von ihnen zu bezahlenden Entgeltes zurück erhalten.

Die Propaganda für das Selbststillen in Frankfurt kann und muß noch viel intensiver gestaltet werden in folgender Weise:

1. Durch planmäßige Aufklärung der Bevölkerung und Zerstreuung der noch hinsichtlich des Stillens bestehenden Vorurteile. Abhaltung von „Mutterkursen" für angehende Mütter.

2. Durch möglichste Heranziehung der Hebammen, Belehrung derselben, eventuell Prämien für dieselben.

3. Durch Errichtung von über die ganze Stadt verteilten Fürsorgestellen mit kommunalen Mitteln nach dem Muster der Berliner Stellen. Deren Tätigkeit hat bereits bei den Schwangeren zu beginnen, um sie für das Stillgeschäft vorzubereiten. Mit den Fürsorgestellen sind die Stillprämien zu verbinden. Der preußische Ministerialerlaß vom 16. Juni 1905[2] zählt die Säuglingsfürsorgestellen zu den wichtigen Mitteln

---

[1]) Bericht des Vereines „Weibliche Fürsorge" Frankfurt a. M. 1907, S. 6.

[2]) Zeitschrift für soziale Medizin. 1905, S. 193.

zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, da sie die wirksamste Art der Belehrung und Unterstützung der „Mütter“ darstellen[1]).

4. Die Errichtung von besonderen Fabrikkrippen dürfte sich erübrigen, da die Zahl der in den Fabriken beschäftigten Frauen eine geringe ist, dagegen wäre dahin zu wirken, daß den Wasch- und Putzfrauen gestattet wird, ihre Säuglinge mit auf die Arbeitsstätte zu bringen, um sie dort zu stillen.

β) Die künstliche Ernährung.

So sehr nun auch das Stillen zu propagieren ist und von der Zunahme desselben in erster Linie eine Herabsetzung der Kindersterblichkeit zu erwarten ist, so wird man doch niemals damit rechnen können, daß alle Kinder Muttermilch bekommen. Ein erheblicher Teil derselben wird stets auf künstliche Ernährung angewiesen sein. Es ist daher dafür zu sorgen, daß diese den Säuglingen in tadellosem und hygienisch einwandfreiem Zustande zur Verfügung steht, dies umsomehr, als gerade die künstliche Ernährung und die durch dieselben bedingten Magendarmstörungen und Brechdurchfälle es sind, welche die enorme Höhe der Säuglingssterblichkeit in letzter Linie verschulden, sei es, daß Milch in verdorbenem Zustande, sei es, daß Surrogate zur Ernährung des Säuglings verwendet werden. Letztere sind von der Kinderernährung durchaus auszuschließen. Nur eine reine, unverfälschte und gehaltreiche Kuhmilch kann in Betracht kommen, die sauber gewonnen und im Hause des Konsumenten in frischer und unzersetzter Qualität dem Säugling gereicht wird. Diese Milch muß außerdem zu einem mäßigen, auch den unteren Volksschichten erschwinglichen Preise zur Verfügung stehen. Die Garantie für eine gute Beschaffenheit der Milch muß durch behördliche Vorschriften und Kontrolle gegeben werden; die Gewährung zu einem billigen Preise hat durch kommunale Maßnahmen zu erfolgen.

An eine Säuglingsmilch müssen in hygienischer Hinsicht höhere Anforderungen gestellt werden wie an die gewöhnliche Trinkmilch, und diesen erhöhten Anforderungen will die „Kur- oder Säuglings- oder Vorzugsmilch“ entsprechen, die in besonderen Ställen produziert und die aber auch zu einem wesentlich höheren Preise abgegeben wird. Um das Publikum hier vor Übervorteilung zu schützen und die Gewinnung einer tatsächlichen Vorzugsmilch sicherzustellen, sind besondere Regulative für die Gewinnung der Kindermilch aufgestellt worden. Da aber niemals alle Säuglinge, zumal die der ärmeren Schichten, der erhöhten Kosten wegen — stellt sich doch der Preis dieser Kurmilch auf das Doppelte bis Dreifache der gewöhnlichen Vollmilch — ihre Säuglinge mit Kurmilch werden ernähren können, vielmehr ein großer Teil der Säuglinge nach wie vor auf die Marktmilch angewiesen ist, so ist es Pflicht der Polizeibehörden in den Kommunen, jeweils an die gewöhn-

[1]) Der neugegründete „Verband für Säuglingsfürsorge“ hat beschlossen, Säuglingsfürsorgestellen ins Leben zu rufen. Näheres darüber im Nachtrag.

liche Marktmilch möglichst hohe hygienische Anforderungen zu stellen, soweit dies ohne Erhöhung des Milchpreises möglich ist.

Die Anforderungen, welche in Frankfurt a. M. an die Marktmilch gestellt werden, ergeben sich aus den Polizeiverordnungen über den Milchverkehr. Die erste wurde 1898 erlassen. Dieselbe hat folgenden Wortlaut:

Polizeiverordnung betreffend den Verkehr mit Milch.

„Auf Grund der §§ 5 und 6 der Verordnung über die Polizeiverwaltung in den neu erworbenen Landesteilen vom 20. September 1867 und der §§ 142, 143 und 144 des Gesetzes über die Allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 wird mit Zustimmung des Magistrats der Stadt Frankfurt a. M. für den Stadt- und für den Landkreis nachstehende Polizeiverordnung erlassen:

§ 1.

In dem Stadt- und Landkreise Frankfurt a. M. wird die Kuhmilch nur in zwei Beschaffenheiten zugelassen: a) als unveränderte ganze Milch (Vollmilch); b) mit der einzigen Veränderung durch Abrahmen als — abgerahmte Milch. Mischungen von Vollmilch mit abgerahmter Milch sind verboten.

§ 2.

Vom Handelsverkehr ist im gesundheitspolizeilichen Interesse diejenige ganze oder abgerahmte Milch ausgeschlossen, welche abstammt:

1. von kranken, insbesondere von euterkranken Tieren sowie von solchen, welche husten und abmagern, oder welche mit krankhaften Ausflüssen, vornehmlich infolge zurückgebliebener Nachgeburt behaftet sind,

2. von Tieren, welche mit einer Seuche behaftet sind, es sei denn, daß der Verkauf solcher Milch durch die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen anderweitig geregelt ist,

3. von Kühen innerhalb der ersten sechs Tage nach dem Kalben.

Vom Handelsverkehr ist ferner ausgeschlossen: jede bittere, schleimige, abnorm gefärbte oder sonst ekelerregende, verdorbene Milch sowie Milch, welche fremdartige Stoffe, Kuhhaare, Stallschmutz u. dgl. oder sogenannte Konservierungsmittel irgend welcher Art enthält.

§ 3.

Voraussetzung für die Zulässigkeit (Marktfähigkeit) der Vollmilch im Handelsverkehr ist, daß dieselbe bei einer Temperatur von 15° Celsius ein spezifisches Gewicht von 1·028 bis 1·034 sowie einen Mindestfettgehalt von 3% hat.

Die für den Verkauf bestimmte abgerahmte Milch ist als solche in der Weise zu bezeichnen, daß dieselbe in Gefäßen aufbewahrt beziehungsweise feilgeboten wird, welche an ihrem oberen Teile mit einem festgelöteten, rings umlaufenden gelben Messingstreifen (mindestens 5 cm breit) versehen sind, auf dem mit deutlichen Buchstaben: „Abgerahmte Milch“ steht.

Unter Milch ohne nähere Bezeichnung, auch unter dem Namen Haushaltungsmilch, frische Milch u. dgl. wird immer nur Vollmilch verstanden.

Die Milchverkäufer sind verpflichtet, die Milch vor jeder Entnahme gehörig umzuschütteln. Die Einrede, daß der Fettgehalt durch das Ausmessen vermindert sei, schützt nicht vor Bestrafung.

§ 4.

Der Händler hat sich von der Güte der eingekauften Milch zu überzeugen.

§ 5.

Mit dem Melken, Transportieren, Verkaufen der Milch oder sonst welcher Behandlung derselben sowie mit dem Reinigen der Geschirre und der Aufbewahrungs-

räume (Verkaufsräume) dürfen Personen nicht betraut werden, welche mit ansteckenden oder ekelerregenden Krankheiten behaftet sind, ferner auch solche nicht, welche mit derartigen Kranken in Berührung kommen.

§ 6.

Transport und Aufbewahrung beziehungsweise Verarbeitung der Milch muß in einer Weise geschehen, daß dadurch deren Haltbar- und Genießbarkeit nicht beeinträchtigt wird.

Die Verkaufs- und Verarbeitungsräume müssen stets aufs sorgfältigste rein gehalten und ausgiebig gut gelüftet werden. Wohn- und Schlafräume dürfen hierzu niemals dienen.

§ 7.

Die zur Aufbewahrung, zum Transport, zum Verkauf und zum Ausmessen der Milch bestimmten Gefäße dürfen zu anderen Zwecken nicht verwendet werden.

In Gefäßen von Zink, Kupfer oder Messing, in Tongefäßen mit schadhafter oder schlechter Glasur oder in gußeisernen Gefäßen mit bleihaltiger Emaille darf die Milch nicht aufbewahrt oder feilgeboten beziehungsweise ausgemessen werden. Alle derartigen Gerätschaften müssen so beschaffen sein, daß sie weder an die Milch irgend welche Bestandteile abgeben noch die Beschaffenheit der Milch in irgend einer Weise verändern können.

§ 8.

Als Kur- und Kindermilch darf nur eine solche Milch bezeichnet werden, welche den hygienischen Ansprüchen genügt, welche für Produktion, Aufbewahrung und Transport einer Kur- und Kindermilch maßgebend sind.

Der Verkauf von Kur- und Kindermilch muß polizeilich angemeldet und begründet sein.

§ 9.

Andere Sorten als wie die Kuhmilch (Ziegen-, Schaf- und Eselsmilch) sind als solche zu bezeichnen und nach analogen Grundsätzen zu behandeln und zu beurteilen.

§ 10.

Sogenanntes Gespül oder Küchenabfälle sowie andere faulige oder leicht faulende Gegenstände dürfen auf den Milchwagen nur in einem von den Milchgefäßen vollkommen abgeschlossenen Teile des Wagens und nur in geschlossenen Gefäßen mit dichtschließenden Deckeln mitgeführt werden.

§ 11.

Die zum Verkauf eingeführte oder sonst feilgehaltene Milch unterliegt jederzeit der Untersuchung der von seiten des Polizeipräsidiums beauftragten Organe. Dieselben sind berechtigt, aus jedem Gefäße Proben bis zu einem Liter behufs der Untersuchung zu entnehmen, wofür auf besonderes Verlangen Entschädigung in Höhe des üblichen Kaufpreises zu leisten ist. Der Verkäufer ist befugt, von den revidierenden Beamten eine versiegelte Gegenprobe zu verlangen sowie sich eine Bescheinigung über die Entnahme der Milch und die Zeit, zu welcher diese Entnahme erfolgt ist, ausstellen zu lassen.

§ 12.

Die Milchverkäufer sind verpflichtet, ein Exemplar dieser Polizeiverordnung in ihren Verkaufsräumen sichtbar auszuhängen.

§ 13.

Zuwiderhandlungen gegen die Bestimmungen dieser Polizeiverordnung unterliegen einer Bestrafung von 5 bis 30 Mark, falls nicht die in dem Reichsgesetze vom 14. Mai 1879 beziehungsweise im Strafgesetzbuche vorgesehenen höheren Strafen einzutreten haben.

§ 14.

Diese Polizeiverordnung tritt mit dem 1. Februar 1898 in Kraft.

Diese Verordnung hat durch die Polizeiverordnung vom 30. Jänner 1896 in § 3 Abs. 1 folgenden Zusatz erhalten[1]: Abgerahmte Milch dagegen muß bei 15°C ein spezifisches Gewicht nicht unter 1·033 zeigen.

Diese Polizeiverordnung hatte Gültigkeit bis zum Jahre 1903. Alsdann wurde sie durch die Polizeiordnung, betreffend Milchverkehrsordnung vom 3. Mai 1903 ersetzt. Dieselbe jetzt in Gültigkeit befindliche hat folgenden Wortlaut[1]:

Auf Grund der §§ 5 und 6 der Allerhöchsten Verordnung über die Polizeiverordnung der Polizeiverwaltung vom 20. September 1867 und der §§ 142 bis 144 des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 (Ges. S. 195) wird mit Zustimmung des Magistrats der Stadt Frankfurt a. M. und des Kreisausschusses des Landkreises Frankfurt a. M. folgende Polizeiverordnung erlassen:

§ 1.

Wer im Stadt- und Landkreis Frankfurt a. M. gewerbsmäßig Milch einführen, feilhalten oder verkaufen will, hat dies dem königlichen Polizeipräsidium vorher anzuzeigen.

§ 2.

Frische Kuhmilch darf nur als „Vollmilch" oder als „Magermilch" in den Verkehr gebracht werden. Vollmilch ist die durch vollständiges Ausmelken der Kühe erhaltene in keiner Weise entrahmte oder sonst in ihrer Zusammensetzung veränderte Milch, welche einen Fettgehalt von mindestens 2·8% Fett hat.

Magermilch ist die durch Entrahmung der Milch erhaltene oder solche Milch, welche von Natur weniger als 2·8% Fett enthält und in keiner Weise verändert worden ist.

§ 3.

Vom Verkehr und Verkauf ist ausgeschlossen:

a) Milch von Kühen, welche husten und abmagern, sowie von euterkranken und solchen Kühen, welche mit Durchfall oder krankhaften Ausflüssen, namentlich infolge einer zurückgebliebenen Nachgeburt behaftet sind,

b) Milch von Kühen, die mit einer Seuche behaftet sind, es sei denn, daß der Verkauf solcher Milch durch die einschließlich gesetzlichen Bestimmungen anderweitig geregelt ist.

c) Milch von Kühen, die mit giftigen, in die Milch übergehenden Arzneimitteln (Arsenik, Brechweinstein, Nieswurz oder ähnlich wirkenden Mitteln) behandelt werden,

d) Milch von Kühen innerhalb der ersten sechs Tage nach dem Kalben,

e) Milch, welche mehr als 8 mg Stallschmutz im Liter oder andere fremdartige Stoffe in wahrnehmbarer Menge enthält,

f) Milch, welcher Eis oder Konservierungsmittel irgend einer Art zugesetzt sind,

g) Milch, welche bitter, faulig und schleimig, abnorm gefärbt, mit Schimmelpilzen besetzt oder sonstwie verdorben ist.

§ 4.

Saure (dicke) und Buttermilch darf nicht aus Milch der unter § 3a—g bezeichneten Herkunft bereitet und nur unter der Bezeichnung: „Saure dicke Milch" beziehungsweise „Buttermilch" in den Verkehr gebracht werden. Dasselbe gilt für Rahm.

§ 5.

Die Gefäße, in welcher Magermilch versandt, feilgehalten oder verkauft wird, müssen die Bezeichnungen des Inhalts mit deutlich lesbaren Buchstaben tragen und außerdem mit leuchtender Farbe angestrichen sein.

---

[1] Amtsblatt für den Stadt- und Landkreis Frankfurt a. M. 1903 S. 69.

An geschlossenen Milchwagen sind die Aufschriften mit feuerroter Farbe oberhalb der Auslaßhähne anzubringen.

An offenen Milchwagen, welche Magermilch führen, ist ein entsprechend großes Schild von feuerroter Farbe mit beiderseitiger Aufschrift „Magermilch“ anzubringen. Der Gebrauch der Magermilchgefäße für andere Milchsorten ist untersagt.

§ 6.

Die zur Aufbewahrung, zum Versand, zum Verkauf und zum Ausmessen der Milch bestimmten Gefäße dürfen zu anderen Zwecken nicht verwendet werden.

In Gefäßen von Zink, Kupfer oder Messing, in Tongefäßen mit schadhafter oder schlechter Glasur, insbesondere mit bleihaltiger, ferner in gußeisernen Gefäßen mit bleihaltiger oder brüchig gewordener Emaille darf Milch nicht aufbewahrt, feilgehalten oder ausgemessen werden.

Alle derartigen Geräte müssen so beschaffen sein, daß sie weder an die Milch irgend welche Bestandteile abgeben noch die Beschaffenheit der Milch in irgend einer Weise verändern können. Die Gefäße müssen gehörig rein gehalten werden.

Die Verwendung von Papier, bleihaltigem Gummi, Lappen oder Stroh zur Abdichtung der Deckel ist verboten.

§ 7.

Versand und Aufbewahrung sowie Verarbeitung der Milch muß in einer Weise geschehen, daß dadurch die Genuß- und Haltbarkeit der Milch nicht beeinträchtigt wird.

Die Milchverkaufs-Aufbewahrungs- und Verarbeitungsräume müssen stets aufs sorgfältigste reingehalten und gut gelüftet werden.

Wohn- und Schlafzimmer dürfen hierzu niemals verwandt werden.

§ 8.

Mit dem Melken, Feilhalten oder Verkaufen der Milch oder einer sonstigen Behandlung derselben sowie mit dem Reinigen der Geschirre sowie der Aufbewahrungs- und Verkaufsräume dürfen nicht Personen betraut werden, welche mit ansteckenden oder ekelerregenden Krankheiten behaftet oder mit derartig Erkrankten in Berührung gekommen sind.

Aus Grundstücken, auf welchen sich an Cholera, Pocken, Typhus oder Ruhr Erkrankte befinden, sowie aus solchen Haushaltungen darf die Milch so lange nicht in den Verkehr gebracht werden, bis eine Bescheinigung des zuständigen Kreisarztes vorliegt, daß Bedenken nicht entgegenstehen.

Der Verkauf von Milch aus solchen Grundstücken, auf welchen nach dem Gutachten des Kreisarztes gesundheitsschädliche, die Gefahr der Ansteckung in sich schließende Zustände herrschen, kann auf Antrag des Kreisarztes untersagt werden.

§ 9.

Der Händler hat sich von der Güte der eingekauften Milch zu überzeugen.

Beim Einzelverkauf muß vor der Entnahme die Milch gehörig umgeschüttelt oder, wenn sie in festen Standgefäßen feilgehalten wird, mittels eines sauberen Rührers gründlich durchgerührt werden.

Die Einrede, daß der Fettgehalt durch das Ausmessen verringert sei, schützt nicht vor Bestrafung.

§ 10.

Der Handel mit Milch unter der Bezeichnung Kur- und Kindermilch, „Säuglingsmilch“, „Sanitätsmilch“ oder ähnliche Namen, durch welche der Glaube erzeugt wird, daß die Milch in gesundheitlicher Beziehung der Vollmilch vorzuziehen sei, sowie der Betrieb derartiger Anstalten, unterliegt besonderen Vorschriften.

1. Neben der nach § 1 dieser Verordnung erforderlichen Anmeldung ist noch eine besondere Anmeldung von dem Besitzer oder Verwalter der für die Herstellung derartiger Milch bestimmten Anstalten beziehungsweise der Milchkuranstalten zu erstatten.

7. Der Betrieb der Anstalten unterliegt der Aufsicht des zuständigen Kreisarztes und Kreistierarztes, welche jederzeit Revisionen vorzunehmen befugt sind.

8. Die durch Bekanntmachung des königlichen Polizeipräsidiums zu erlassenden besonderen Anordnungen bezüglich der Reinhaltung der Anstalt und der Tiere, des Gesundheitszustandes und der Fütterung der letzteren, der Behandlung der Milch usw. sind zu befolgen.

§ 11.

Sterilisierte, pasteurisierte, abgekochte oder gefrorene Milch ist unter deren entsprechender Bezeichnung, aber ohne jeden Zusatz, wie „Dauermilch", „keimfreie Milch" und dergleichen, in Verkehr zu bringen.

Sterilisierte Kur- und Kindermilch, Säuglings-, Sanitäts- oder sterilisierte Milch mit ähnlichen Namen muß mit dem Datum der Sterilisierung versehen sein.

Unter sterilisierter oder pasteurisierter Milch ist nur eine Milch zu verstehen, welche in einem durch den zuständigen Kreisarzt für leistungsfähig erklärten Sterilisier-Apparate zweckentsprechend erhitzt wurde.

Der Verschluß der Gefäße muß bis zum Verkaufe der Milch unverletzt bleiben.

Sonstige Milchpräparate müssen bezüglich ihrer Zusammensetzung und ihrer sonstigen Eigenschaften den Anpreisungen entsprechen.

§ 12.

Andere Sorten als Kuhmilch (Ziegen-, Schaf- und Eselsmilch) sind als solche zu bezeichnen und nach gleichen Grundsätzen zu behandeln und zu beurteilen.

§ 13.

Sogenanntes Gespül oder Küchenabfälle sowie andere faulige oder leichtfaulende Gegenstände dürfen auf dem Milchwagen nur in einem von den Milchgefäßen vollkommen abgeschlossenen Teile des Wagens und nur in geschlossenen Gefäßen mit dichtschließenden Deckeln mitgeführt werden.

Die Mitnahme von Wasser auf dem Wagen ist untersagt.

§ 14.

Die zum Verkauf eingeführte oder sonst feilgehaltene Milch unterliegt jederzeit der Untersuchung der von seiten des Polizeipräsidiums ermächtigten und beauftragten Organe.

Dieselben sind berechtigt, aus jedem Gefäß Proben bis zu einem Liter behufs der Untersuchung zu entnehmen, wofür Entschädigung in Höhe des üblichen Kaufpreises zu leisten ist.

Der Verkäufer ist befugt, von den revidierenden Beamten eine versiegelte Gegenprobe zu verlangen. Über die Entnahme der Milch und die Zeit, zu welcher diese Entnahme erfolgt ist, ist eine Bescheinigung beizubringen.

Unter den gleichen Voraussetzungen ist die Polizeibehörde jederzeit zur Entnahme von Stallproben befugt.

§ 15.

Die Milchverkäufer und die Besitzer oder Leiter der in § 10 gedachten Anstalten sind verpflichtet, ein Exemplar dieser Polizeiverordnung sowie der nach § 10 zu erlassenden Anordnungen in ihren Verkaufs- beziehungsweise Anstaltsräumen sichtbar auszuhängen.

§ 16.

Zuwiderhandlungen gegen diese Bestimmungen unterliegen einer Bestrafung von fünf bis dreißig Mark oder entsprechender Haftstrafe, falls nicht die in dem Reichsgesetze vom 14. Mai 1879 beziehungsweise im Strafgesetzbuche vorgesehenen höheren Strafen einzutreten haben.

§ 17.

Diese Polizeiverordnung tritt vier Wochen nach ihrer Veröffentlichung im Amtsblatt für den Stadt- und Landkreis in Kraft.

Von diesem Zeitpunkte an ist die Polizeiverordnung vom 24. Dezember 1897 und 20. Jänner 1899 aufgehoben.

Frankfurt a. M., den 8. Mai 1903.

Der Polizeipräsident.

Wenn man diese beiden Polizeiverordnungen miteinander vergleicht, so ergibt sich, daß die Verordnung von 1903 gegenüber der von 1897 bedeutende Verbesserungen und Verschärfungen aufweist, eine Verschlechterung besteht allerdings darin, daß der Mindestfettgehalt der Vollmilch auf 2·8% herabgesetzt wurde, während er früher 3% betragen hatte. Die Verbesserungen bestehen in der schärferen Definition des Begriffes „Vollmilch und Magermilch", ferner darin, daß eine größere Anzahl von Milchen vom Verkehr ausgeschlossen worden sind (laut § 3 c, e bis g), namentlich ist auch ein Maximalschmutzgehalt angegeben, den die Milch nicht überschreiten darf, die äußerliche Kennzeichnung der Magermilch ist streng durchgeführt (§ 6), desgleichen sind genaue Vorschriften über die Beschaffenheit der Milchgefäße erlassen (§ 6, Abs. 3 und 4), die Anforderungen an die Verkaufsräume sind verschärft (§ 8, Abs. 2 und 3). Für die Kurmilch ist vorgeschrieben, daß die Aufsicht über die Anstalten dem Kreisarzt und dem Kreistierarzt obliegt (§ 10, 2). Endlich finden sich neue Bestimmungen über sterilisierte, pasteurisierte und ähnliche Milch (§ 11).

Immerhin ist auch die Polizeiverordnung vom Jahre 1903 nicht mehr ganz zeitgemäß und neuere Polizeiverordnungen anderer Städte weisen ihr gegenüber Fortschritte auf. Sie ist daher reformbedürftig namentlich mit Bezug auf Vorschriften über Stallhygiene und die Milchverkaufsläden. Bemerkenswerte Vorschriften über die Beschaffenheit der Kuhställe, ihre Größe, Reinigung sowie Reinigung der Tiere enthält u. a. die Stettiner Milchverkehrsordnung. Andere Verordnungen sehen die Genehmigung der für die Aufbewahrung und den Verkauf bestimmten Räume vor und machen dieselbe von bestimmten hygienischen Voraussetzungen abhängig, wie die Münchner Verordnung vom Jahre 1907. Andere Polizeiverordnungen enthalten Vorschriften über den Verschleiß der von auswärts eingeführten Milch. Wünschenswert sind endlich Vorschriften über die Höchsttemperatur und den Säuregrad der zum Verkauf gelangenden Milch, um den Verkauf von zersetzter Milch möglichst hintanzuhalten.

Was die Herkunft der Frankfurter Milch anlangt, so wird sie natürlich zum geringsten Teil am Orte selbst produziert, sondern meist eingeführt, teils per Bahn, teils per Achse, so wurden 1906 täglich 93.347 Liter Milch eingeführt. Die weiteste Entfernung, aus welcher 1906 die Milch kam, war 150 Kilometer. Geklagt wurde wiederholt über die unzureichenden Beförderungsverhältnisse der Milch mit der Eisenbahn. Es wurde darüber Beschwerde geführt, daß die Beförderung der Milch

nicht mit allen Zügen zulässig ist und daß sie namentlich von den Schnellzügen ausgeschlossen ist, daß die Milch zum Weitertransport oft sehr lange auf den Anschluß zu warten hat. Auch wird das Fehlen der Kühlwagen bedauert, so daß unter allen diesen Umständen im Sommer regelmäßig große Mengen Milch sauer werden und dem Verderben anheimfallen[1].

Was die Kontrolle der Milch betrifft, so wurde dieselbe früher vom Verein gegen Verfälschung der Nahrungsmittel ausgeübt, der 1878 in Aktion trat. Die Tätigkeit dieses Vereins war jedoch eine minimale, seine hauptsächliche Wirksamkeit war eine prophylaktische, indem aus Angst vor dem Verein und der drohenden Bloßstellung, Verfälschungen unterblieben. Daneben wurde die Milch von Polizeibeamten kontrolliert und untersucht und Proben geeignetenfalls dem Verein gegen Verfälschungen von Nahrungsmitteln überwiesen. Der Jahresbericht der Handelskammer für 1892[2]) beklagt es, daß die polizeiliche Kontrolle, die allein im stande wäre, dem reellen Milchhandel seine schwierige Lage etwas zu erleichtern, noch ungenügend sei. Anstatt die weit häufigere Verfälschung der Milch durch Abrahmen festzustellen, beschränke sich die polizeiliche Untersuchung auf die Feststellung des spezifischen Gewichts und könne dadurch nur Verfälschungen von beträchtlichem Wasserzuschuß feststellen. Über den Wert der polizeilichen Nachuntersuchung äußert sich auch der Chemiker H e n e y e r[3]). Von Milchverkaufsstellen wurde die verkaufte „Vollmilch“ untersucht und es ergab sich, daß von diesen 100 53 anstatt der verlangten Vollmilch verfälschte Milch abgaben und nur 34 Verkäufer lieferten tadellose Milch. Dieses traurige Resultat wurde durch die mangelhafte Kontrolle mitverschuldet, denn die Fälscher wissen recht gut, daß wenn sie der Milch Fett entziehen und derselben obendrein Wasser zusetzen, die Milchwage trotzdem das spezifische Gewicht einer guten Vollmilch anzeigt, wodurch die Polizeibeamten getäuscht wurden. Die Zahl der Milchuntersuchungen betrug 1900 1931 mit 218 Beanstandungen, sie stieg 1906 auf 4538 Untersuchungen mit 182 Beanstandungen.

Erst 1907 wurde die polizeiliche Nachkontrolle gründlich reorganisiert. Es wurde eine chemische Untersuchungsstelle begründet, ein Polizeichemiker angestellt und vier Polizeibeamte eigens zur Milchuntersuchung ausgebildet und angestellt. Diese kontrollieren Tag und Nacht, nehmen Vorprüfungen vor, die genauen chemischen Untersuchungen werden auf dem Amte vorgenommen, und während früher die Analyse nur hauptsächlich eine quantitativ-chemische war, ist sie jetzt auch eine hygienische, indem namentlich auf den Schmutzgehalt der Milch geachtet wird. Hier sind also bedeutende Verbesserungen vorgenommen und er-

---

[1]) Wirtschaftsberichte. Herausgegeben von der Frankfurter Handelskammer. 1906, S. 157; 1907, S. 171; 1908, S. 183.

[2]) Jahresbericht der Frankfurter Handelskammer. 1892, S. 192.

[3]) Über polizeiliche Milchkontrolle. Fortschritte der öffentlichen Gesundheitspflege. 1896, S. 2.

zielt worden. 1907 betrug die Zahl der an dem Chemiker vorgenommenen Untersuchungen 1225.

Immerhin ist die Frankfurter Milchverkehrsordnung noch verbesserungsfähig, namentlich fehlt die rechtliche Möglichkeit, in den Stall einzudringen und dort die Stallkontrolle vorzunehmen. Da die städtische Polizei natürlich auch nicht befugt ist, bei den auf dem Lande wohnenden Produzenten Stallproben zu entnehmen und so die Regelung des Milchverkehrs daran scheitert, daß die Verordnungen der Ortspolizei nur für die Bezirke ihrer Stadt Geltung haben, so ist in Aussicht genommen, um diesen Mißstand zu beheben, ein Milchregulativ für den ganzen Regierungsbezirk zu schaffen.

Neben der allgemeinen Milchordnung besteht die Polizeiverordnung über die Produktion und den Verkauf der Kinder- oder Kurmilch. Diese lautet wie folgt:

Bekanntmachung betreffend die Anordnung für den Verkehr mit Kur- und Kindermilch vom 28. November 1903.

„Auf Grund der §§ 16 Nr. 2 und 15 der Polizeiverordnung vom 5. Mai 1903 betreffend Milchverkehrsordnung für den Stadt- und Landkreis Frankfurt a. M. werden hierdurch, unbeschadet der Bestimmungen der vorbezeichneten Polizeiverordnung, insbesondere der §§ 3, 6, 7, 8, 11, 14 und 18 folgende Anordnungen erlassen:

1. Der Verkauf von Milch unter der Bezeichnung von Kur- und Kindermilch, „Säuglingsmilch", „Sanitätsmilch" oder ähnlichen Namen, durch welche der Glaube erweckt wird, daß die Milch in gesundheitlicher Beziehung der Vollmilch vorzuziehen sei, sowie der Betrieb derartiger Anstalten muß dem Königl. Polizeipräsidium angezeigt und von diesem genehmigt sein.

2. Beim Nachsuchen dieser Genehmigung ist der Nachweis zu erbringen, daß der Unternehmer zuverlässig ist und die zur Leitung des gedachten Gewerbes nötigen Erfahrungen entweder selbst besitzt oder daß ihm andere darin erfahrene Personen zur Seite stehen. Ferner ist die beabsichtigte Zahl der in den Betrieb aufzunehmenden Kühe anzugeben. Sodann hat der Unternehmer durch das Zeugnis des Königl. Kreistierarztes nachzuweisen, daß ihm ein luftiger, heller und geräumiger, mit undurchlässigem, leicht zu reinigendem Fußboden und Krippen versehener Stallraum zur Verfügung steht, welcher lediglich zur Aufnahme der sogenannten Kindermilchkühe dienen soll.

3. Der Unternehmer einer zur Gewinnung von Kur- und Kindermilch dienenden Anstalt darf in die hierfür eingerichteten Stallräume nur solche Tiere einstellen, deren Gesundheit vor der Einstellung durch das Attest eines approbierten Tierarztes bescheinigt ist.

4. Vermehrt sich durch Neueinstellung von Tieren der angemeldete Bestand, so ist nachzuweisen, daß die Stallräume auch dieser erhöhten Belegzahl genügen.

5. Die untersuchten und eingestellten Kühe sind durch Einbrennen geeigneter Ohrmarken kenntlich zu machen.

6. Sämtliche zur Gewinnung von Kur- und Kindermilch dienenden Tiere unterstehen in bezug auf Gesundheitspflege, Fütterung und Wartung der Beaufsichtigung des Königl. Kreistierarztes, welcher die Revision vierteljährlich auf Kosten des Eigentümers vorzunehmen hat.

7. Über den Tierbestand sowie über die Art der Fütterung hat der Besitzer ein Buch zu führen, welches den zuständigen Beamten jederzeit auf Verlangen zur Einsicht vorzulegen ist. Das Ergebnis der Revision hat der beamtete Tierarzt in dem betreffenden Buche kurz zu vermerken.

8. Jede Erkrankung der Kühe ist sofort, unbeschadet der zur Bekämpfung von Viehseuchen vorgeschriebenen Anzeige, an die Polizeibehörde, dem Königl. Kreistierarzte zu melden. Erkrankte Tiere sind sofort bis zur tierärztlichen Entscheidung aus dem Stalle zu entfernen, ihre Milch darf bis dahin nicht verwendet werden.

9. Bei sämtlichen Kur- und Kindermilchkühen hat die sogenannte Trockenfütterung stattzufinden. Bis auf weiteres dürfen die nachbenannten Futtermittel nicht verfüttert werden:

a) Fabrikationsrückstände, als Branntweinschlempe, frische oder getrocknete Biertreber, Melasse und deren Präparate, frische oder getrocknete Rübenschnitzel sowie Molkereirückstände.

b) Raps-, Senf- und Ricinuskuchen, Baumwollsamenmehl.

c) Schoten von Bohnen, Wicken und Lupinen sowie deren Stroh.

d) Rohe Kartoffeln und Rüben aller Art.

e) Rübenblätter, Kohlblätter und anderes Grünfutter.

f) Küchenabfälle.

g) Verschimmelte, ranzige, faulige, sauer gewordene oder sonstwie verdorbene Futtermittel jeder Art.

10. Der Stalldünger ist täglich zweimal zu entfernen; der Stall ist zu reinigen und mit frischem Stroh zu versehen; die Benutzung von gebrauchtem Bettstroh und anderen Abfallstoffen als Streumaterial ist verboten.

11. Mindestens einmal in der Woche, und zwar am Montage, ist eine gründliche, feuchte Reinigung der Krippen, Futtertröge, Tränkeimer und aller sonstigen Stallgerätschaften vorzunehmen. Falls der Montag ein gesetzlicher Feiertag ist, muß die Reinigung an dem darauffolgenden Werktage vorgenommen werden.

12. Alle Ställe sind nach vorheriger, gründlicher Reinigung alljährlich mindestens einmal, und zwar innerhalb der ersten Hälfte des Monats Mai, an Innenwänden und Decken mit Kalkmilch anzustreichen oder, wo das nicht angängig ist, mit Sodalösung gründlich abzuwaschen.

13. Das Melken hat unter Beobachtung peinlichster Sauberkeit zu geschehen; insbesondere muß das Euter und dessen Umgebung vor dem Melken mit lauwarmem Wasser abgewaschen und mit einem reinen Tuch getrocknet werden. Die mit dem Melken beschäftigten Personen haben zum Melken eine saubere Schürze anzuziehen und sich vorher Hände und Arme gründlich mit Seife zu reinigen.

Mit dem Melken, Feilhalten oder Verkaufen der Milch oder einer sonstigen Behandlung derselben sowie mit dem Reinigen der Gefäße und der Aufbewahrungs- und Verkaufsräume dürfen Personen nicht betraut werden, welche mit ansteckenden oder ekelerregenden Krankheiten behaftet oder mit derartig Erkrankten in Berührung gekommen sind.

Aus Grundstücken, auf welchen sich an Cholera, Pocken, Typhus oder Ruhr Erkrankte befinden, sowie aus solchen Haushaltungen darf die Milch so lange nicht in den Verkehr gebracht werden, bis eine Bescheinigung des zuständigen Kreisarztes vorliegt, daß Bedenken nicht entgegenstehen.

Der Verkauf von Milch aus solchen Grundstücken, auf welchen nach dem Gutachten des zuständigen Kreisarztes gesundheitsschädliche, die Gefahr der Übertragung ansteckender Krankheiten in sich schließende Zustände herrschen, kann auf Antrag des Kreisarztes untersagt werden.

14. Die erste Milch aus jeder Zitze ist auf den Boden zu melken. Nach erfolgtem Melken ist die Milch durch ausgekochte oder anderweitig sterilisierte Filtriervorrichtungen durchzuseihen oder zu zentrifugieren und auf 12° Celsius abzukühlen.

15. Bei Verlegung des Betriebes und Wechsel der Stallungen ist vorher die polizeiliche Genehmigung nachzusuchen.

16. Der Unternehmer ist persönlich haftbar für alle in dessen Betriebe vorkommenden Übertretungen dieser Anordnungen.

17. Die Bestimmungen zu 9 sind an die Stalltüre anzuschlagen und stets leserlich zu halten.

12. Auf Kur- und Kindermilch, die von auswärts in den Stadt- und Landkreis Frankfurt a. M. eingeführt wird, finden vorstehende Bestimmungen sinngemäße Anwendung. Derartige Milch muß bei der Abgabe an den Konsumenten, ohne zu gerinnen, das Abkochen oder die Alkoholprobe (Mischen von 70% Volumenprozent Alkohol mit Milch zu gleichen Teilen) aushalten.

Wer Milch von auswärts einführt, hat vierteljährlich eine Bescheinigung des in dem Gewinnungsbezirke beamteten Tierarztes vorzulegen, daß die Viehhaltung sowie Gewinnung und Behandlung der Milch den vorstehenden Bestimmungen entspricht.

13. Kur- und Kindermilch darf nur in ungefärbten Glasgefäßen, welche fest verschlossen sind, in den Verkehr gebracht werden."

Diese Verordnung über den Verkehr mit Kur- und Kindermilch enthält im allgemeinen die auch in den anderen Städten üblichen Vorschriften. Vermissen läßt sie aber eine Vorschrift über die Tuberkulinimpfung der Tiere sowie über das Temperaturmaximum der Milch beim Feilhalten sowie beim Abliefern an den Konsumenten. Endlich dürfte eine häufigere tierärztliche Kontrolle als vierteljährig am Platze sein.

Die Frankfurter Kindermilchanstalten.

Während die Verordnung über den Verkehr mit Kur- und Kindermilch erst seit 7 Jahren besteht, erfreut sich Frankfurt bereits seit 33 Jahren einer hohen hygienischen Anforderungen entsprechenden Milchkuranstalt, welche das Verdienst für sich in Anspruch nehmen kann, daß durch ihr Bestehen die zur Zeit ihrer Begründung herrschenden schlechten Milchverhältnisse in Frankfurt sich besserten und die das Publikum lehrte, größere Ansprüche an die Milch zu stellen, als sie es bisher gewohnt war.

Die Frankfurter Milchkuranstalt wurde 1877 auf Anregung des „Ärztlichen Vereins" begründet und steht seitdem unausgesetzt unter Aufsicht des Vereins, die von einer Kommission von Ärzten sowie einem Tierarzt und einem Chemiker ausgeübt wird. Die Anstalt unterwarf sich besonderen Anforderungen[1]: Auswahl aus dem Graubündener Schweizervieh, das am meisten Gewähr gegen Perlsucht gibt, Trockenfütterung (Heu und Mehl), Vorschriften über Reinigung der Tiere und des Stalles, sorgfältige Behandlung der Milch, Schutz vor dem Verderben und Sicherung vor Verfälschung. Um die richtige Behandlung und richtigen Gebrauch der Milch von seiten der Konsumenten zu bewirken, gab die Anstalt ihren Abnehmern eine gedruckte Anweisung über die Behandlung der Milch. Die Milch wurde täglich von einem Chemiker und der Überwachungskommission geprüft. Der Preis der Milch betrug 50 Pfennig. Das Ziel, eine Milch von möglichst vollkommener und das ganze Jahr hindurch gleichmäßiger Beschaffenheit zu liefern, wurde erreicht.

Der Betrieb der Anstalt wurde im Lauf der Jahre ständig vervollkommnet und verbessert. Die Ställe, früher in Bornheim gelegen, sind jetzt nahe bei der Stadt, sind gesund und luftig mit sehr guten Ventilationseinrichtungen, außer aller Verbindung mit landwirtschaftlichen

---

[1]) Cnyrim, Die Frankfurter Milchkuranstalt. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege 1877, S. 829.

Betrieb. Die Tiere werden in der Schweiz mit Tuberkulin geimpft[1]. Die gemolkene Milch wird nur als Sammelmilch von einer größeren Anzahl von Kühen abgegeben. Durch Anlegung einer Kontumazstation mit Weidegang im Odenwald wurde die Anstalt erweitert und wurde es dem Anstaltsleiter erlaubt, 20 Kühe unter weitgehenden Kautelen auch zu einer zweiten Melkperiode zuzulassen. Von den 90 bis 95 Anstaltskühen werden täglich 1000 bis 1050 Liter Milch gewonnen. Nur bei 10% der geschlachteten Tiere wurde geringgradige Tuberkulose gefunden.

Im 1907 wurde die Frage der Milchkuranstalt im Ärztlichen Verein zu Frankfurt erneut behandelt, da sich einerseits Stimmen geltend machten, der Ärztliche Verein möge mit Rücksicht auf die veränderten Zeitumstände von einer weiteren Beaufsichtigung der Milchkuranstalt abgesehen, andererseits verlangt wurde, die Aufsicht solle auch auf die anderen Milchkuranstalten ausgedehnt werden. Es wurde jedoch beschlossen, in der bisherigen Weise die Aufsicht ausschließlich auf die Frankfurter Milchkuranstalt beizubehalten und folgende Vorschriften für dieselbe erlassen:

I. Allgemeine Bestimmungen über den Betrieb.

1. Auf dem Grundstück der Kurmilchanstalt muß außer dem Hauptstall ein Isolierstall vorhanden sein.

2. Es darf auf dem Grundstück der Anstalt nur Kurmilch produziert werden, und zwar darf ausschließlich die in dem Hauptstall der Anstalt gewonnene Milch in den Verkehr kommen.

3. Alle Tiere, welche aus irgend einem Grunde nicht zur Milchgewinnung verwendet werden, sind aus dem Hauptstall zu entfernen und in den Isolierstall zu überführen.

4. Durch deutliche Zeichen (z. B. Hornbrand) sind die Tiere kenntlich zu machen.

5. Von jeder Veränderung in dem Personal oder Viehbestand sowie von jeder Verlegung eines Stückes aus dem Hauptstall in den Isolierstall oder umgekehrt ist die Überwachungskommission sofort zu benachrichtigen.

6. Für den Fall, daß außer Kuhmilch noch andere Kurmilch produziert wird, sind besondere Ställe, besondere Kühler und Abfüllräume nachzuweisen.

7. Es muß ein größeres sterilisierbares Milchgefäß vorhanden sein, welches die Mischung der Milch von etwa 10 Kühen gestattet.

8. Die Milch muß ohne jeden Zusatz und, abgesehen von der Abkühlung, ohne jede Veränderung in gut verschlossenen Flaschen abgegeben werden.

9. Zu den Wasch- und Spülflüssigkeiten für Personal, Vieh oder Geräte darf eine antiseptische Flüssigkeit nicht zugesetzt werden.

10. Wenn wegen Maul- und Klauenseuche usw. Sterilisierung der Milch behördlicherseits angeordnet wird, so kann von der Überwachungskommission der Vertrieb sterilisierter Milch zugelassen werden, in jedem solchen Falle sind aber sämtliche Konsumenten davon zu benachrichtigen, daß die Milch in sterilisiertem Zustand abgegeben wird.

II. Betreffend Stall.

1. Der Stall muß geräumig, luftig und hell sein; er ist mindestens einmal jährlich mit frischem Kalkanstrich zu versehen; auf möglichste Beseitigung der Fliegen ist Bedacht zu nehmen.

2. Die Einstellung einer Kuh in den Hauptstall darf nur erfolgen, nachdem die Kuh 8 Tage in dem Isolierstall der Anstalt beobachtet und von dem Tierarzt für gesund befunden worden ist.

[1] Spieß, Führer durch die Stadt Frankfurt 1896, S. 131.

3. Es darf nur Vieh eingestellt werden, das auf sachgemäße Tuberkulinimpfung nach dem Urteil eines approbierten Tierarztes nicht reagiert hat.

4. Kühe der sogenannten Niederungsrasse dürfen nicht verwendet werden.

5. Jedes Tier mit Eutertuberkulose oder bei begründetem Verdacht darauf ist von der Verwendung zur Milchproduktion auszuschließen.

6. Ebenso ist jedes Tier auszuschließen bei dem die klinische Untersuchung eine Erkrankung an Tuberkulose oder den begründeten Verdacht auf Erkrankung an Tuberkulose ergibt.

7. Jede erkrankte Kuh ist aus dem Hauptstall in den Isolierstall zu bringen.

8. Bei Verdacht auf Euterentzündung ist die Kuh ebenfalls in den Isolierstall zu verlegen, bis eine mikroskopische Untersuchung der Milch den Verdacht beseitigt hat.

9. Jede Kuh, welche weniger als 3 Liter per Tag liefert, ist ebenfalls in den Isolierstall zu verlegen.

10. Durch den von der Überwachungskommission anerkannten Tierarzt ist eine eingehende Besichtigung der Tiere einmal im Monat vorzunehmen.

11. Frühestens 8 Tage nach dem Kalben darf die Kuh zur Milchproduktion wieder herangezogen werden.

12. Folgende Stoffe dürfen nicht verfüttert werden: Kartoffel, Grünfutter sowie alle gärenden Futterstoffe, ferner solche, die bittere Extraktivstoffe oder ätherische Öle enthalten, insbesondere Fabrikrückstände der Brennereien, Brauereien, Zuckersiedereien und Ölschlägereien.

III. Betreffend Personal, Melkgeschäft und Vertrieb.

1. Das mit der Milchgewinnung und Milchabfüllung beschäftigte Personal muß gesund sein.

2. Das Personal muß im Betrieb ein sauberes waschbares Überkleid tragen. Im Stall muß genügend Gelegenheit zum Händewaschen sein.

3. Jeder Melker hat sich vor dem Melken jeder Kuh Hände und Unterarme mit Seife und Wasser zu waschen und an einem sauberen Tuch abzutrocknen.

4. Das Euter der Kuh ist unmittelbar vor dem Melken mit einem sauberen Tuch abzureiben; auf größte Sauberkeit bezüglich der Einfettung der Hände usw. ist zu achten; der Schwanz der Kuh ist, wenn angängig, anzubinden.

5. Die ersten Striche dürfen nicht benutzt werden.

6. Alle mit der Milch in Berührung kommenden Gefäße müssen peinlichst sauber und durch Dampf sterilisiert sein, wie Melkeimer, Sammel- und Meßgefäße, Kühler usw. Ebenso sind die Flaschen und die Flaschenverschlüsse gründlich zu säubern und im Dampf zu sterilisieren.

7. Das Melken der Kühe und Abfüllen der Milch muß von dem Leiter der Anstalt oder seinem Stellvertreter beaufsichtigt werden.

8. Die Milch, welche unmittelbar nach der Gewinnung aus dem Stall zu entfernen ist, muß sofort auf 6° C abgekühlt werden und darf während der Aufbewahrung in der Anstalt 9° C nicht überschreiten; beim Transport auf dem Wagen darf die Milch niemals höhere Temperaturen als 12° C zeigen.

IV. Kontrollproben und Untersuchungen.

1. Jedesmal während des Melkgeschäfts sollen Kostproben entnommen werden. Durch Entnahme derselben darf eine Verunreinigung der Milch nicht stattfinden.

2. Die Milch ist monatlich [illegible]mal auf Fettgehalt zu untersuchen.

3. Die Milch darf nicht weniger als [illegible]% Fett enthalten.

4. Es ist vierteljährlich eine Gesamtanalyse der Milch vorzunehmen.

5. Die Milch ist 10mal monatlich auf etwaigen Gehalt an Schmutzbestandteilen zu untersuchen. Der Schmutzgehalt ist nach einem einfachen Sedimentierungsverfahren zu bestimmen; bei dreistündigem Stehen darf sich aus 1 Liter Milch kein gefärbter Bodensatz absetzen.

6. Die Milch ist 2mal monatlich bakteriologisch zu untersuchen, derart, daß die auf dem Wagen befindliche Milch durch den Untersucher oder seinen Beauftragten

direkt vom Wagen entnommen wird. Eine so entnommene Probe darf, nach einem bewährten Verfahren untersucht, eine höhere Keimzahl als 40.000 pro Kubikzentimeter nicht zeigen. (Die Kommission behält sich Vorschläge auf Änderung dieser Zahl auf Grund der Erfahrungen vor.) Ist ein höherer Keimgehalt festgestellt, so hat die Überwachungskommission unverzüglich den Ursachen nachzuforschen.

7. Die Milch ist dreimal monatlich nach Schardinger-Brand zu untersuchen; bei negativem Ausfall dieser Reaktion ist weiter zu prüfen, ob die Milch erhitzt war.

8. Der zur Untersuchung Beauftragte hat jederzeit das Recht, einem Wagen der Anstalt eine Flasche zur Untersuchung zu entnehmen. Wenn ausgedehntere Untersuchungen von Stallproben notwendig sind, so ist dafür den Anordnungen der Überwachungskommission Folge zu geben.

V. Überwachungskommission.

1. Es wird vom Ärztlichen Verein eine Überwachungskommission aus fünf Mitgliedern mit dem Recht der Kooptation bis auf zehn für drei Jahre gewählt. Änderungen des Bestandes der Überwachungskommission sind dem Ä. V. mitzuteilen. Die Überwachungskommission bestimmt die Gutachter, Sachverständigen und Untersuchungsstellen, die vom Kurmilchanstaltsbesitzer zuzuziehen und zu honorieren sind.

2. Alle Untersuchungsergebnisse sind der Überwachungskommission zuzusenden.

3. In der Kurmilchanstalt ist ein Buch aufzulegen, in welches die Besuche der Mitglieder der Überwachungskommission und des Tierarztes einzutragen sind.

4. Die Tätigkeit der Überwachungskommission und die Ausübung ihrer Kontrolle wird durch von ihr aufgestellte Satzungen geregelt, welche der Genehmigung des Ä. V. bedürfen. Einmal jährlich erfolgt ein schriftlicher Rechenschaftsbericht an den Ä. V.

5. Die Mitglieder der Überwachungskommission üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.

6. Der Ausschluß einer Anstalt von der Kontrolle erfolgt auf Antrag der Überwachungskommission durch den Ä. V.

7. Die Vorschriften der Überwachungskommission sind in mehrfachen Exemplaren in deutlich lesbarer Schrift im Stalle und im Kühl- beziehungsweise Abfüllraum anzubringen.

8. Diese Bestimmungen treten am 1. April 1908 in Kraft.

Die von den Chemikern Dr. Reiss und Dr. Fritzmann vorgenommenen chemischen und bakteriologischen Untersuchen ergaben pro Dezember 1909 ein spezifisches Gewicht von 1032 bis 1033; einen zwischen 3·5 und 4% schwankenden Fettgehalt. Die Zahl der entwicklungsfähigen Keime betrug zwischen 1200 bis 6500.

Bemerkenswert ist, daß auf ärztliches Zeugnis hin die Milch an Unbemittelte zu halbem Preise abgegeben wird.

Außer der Frankfurter Milchkuranstalt gibt es noch drei Kindermilchanstalten, die Milchkuranstalt Frankfurt a. M.-Sachsenhausen, die Kurmilchanstalt Frankfurt a. M.-Bockenheim von F. Gottschalk und die Milchkuranstalt von May, Frankfurt a. M.-Arnsburgerstraße.

Die Milchkuranstalt Sachsenhausen kann täglich bis 700 Liter Milch produzieren. Die Anstalt verfügt meist über Simmentaler Vieh, hat Trockenfütterung und untersteht der Kontrolle der Chemiker Dr. Reiss und Dr. Fritzmann. Der Preis pro Liter beträgt 45 Pfennig.

Die Milchkuranstalt Bockenheim von Gottschalk produziert bis zu 300 Liter täglich, der Preis beträgt 50 Pfennig pro Liter, der Bakteriengehalt betrug im November 1909 zwischen 1100 bis 3300. Der Fettgehalt

betrug zwischen 3·9 und 4%. Die chemischen und bakteriologischen Untersuchungen wurden ebenfalls von Dr. Reiss und Dr. Fritzmann ausgeführt.

Die Milchkuranstalt May in Bockenheim produziert bei einem durchschnittlichen Bestand von 15 Kühen 150 bis 200 Liter Kurmilch täglich. Es besteht Trockenfütterung. Die Milchkühe sind Simmentaler Rasse. Der Preis pro Liter Milch beträgt 40 Pfennig.

Die Kurmilch kommt jedoch wegen ihres hohen Preises nur den bemittelten Schichten zugut, die Arbeiter und kleinen Leute sind nicht in der Lage 40 bis 60 Pfennig für einen Liter Milch zu bezahlen. Die geringen Ansätze, die bisher vorhanden sind, um der großen Masse der Bevölkerung eine besondere Kindermilch zu einem billigen Preise, nach Umständen umsonst zur Verfügung zu stellen, sind unzureichend.

Es sind dies:

1. Die schon erwähnte Einrichtung der Frankfurter Milchkuranstalt, Unbemittelten ihre Milch auf ein ärztliches Attest zu halbem Preise zur Verfügung zu stellen.

2. Seitens des Armenvereins wurden 1907 16.261 Fläschchen sterilisierte Kindermilch im Werte von 1123 Mark, 1908 8324 Fläschchen im Werte von 575 Mark an Unbemittelte unentgeltlich abgegeben.

3. Die Säuglingsmilchküche des „Vereins weiblicher Fürsorge" in der Königswarterstraße für israelitische Säuglinge. Es wird hier die für den einzelnen Fall geeignete Kinderkost gebrauchsfertig in sterilen Einzelportionen abgegeben, nur auf ärztliche Verordnung, ausschließlich an Kinder, die nicht gestillt werden können, was durch ein ärztliches Attest nachzuweisen ist. Die Einrichtung der Milchküche hat sich nach Organisation und technischem Betrieb bewährt. Die Nährerfolge waren sehr gut, die Sterblichkeit sehr gering. 1907 wurden 108 Kinder von der Säuglingsmilchküche versorgt, 1908 123 mit 4 Todesfällen, die aber nicht im Zusammenhang mit der Ernährung standen. Darmerkrankungen kommen selbst im Hochsommer fast nicht vor. Von den ernährten Kindern zahlten 79 die Milch selbst, meist zum Selbstkostenpreis, für die übrigen wurde von anderer Seite bezahlt.

4. Die Säuglingsmilchküche des Krippenvereins, Frankenallee.

Um auch den kleinen Leuten und namentlich der Arbeiterbevölkerung die Wohltat der Kurmilch zugänglich zu machen, muß die Stadt selbst eingreifen, wie dies in zahlreichen Städten geschehen ist, durch Errichtung einer städtischen Milchküche, durch welche die Kurmilch zu einem Preise geliefert wird, der ungefähr dem der Marktmilch entspricht. Allenfalls kann sie auch Verträge mit den bestehenden Milchkuranstalten abschließen und diesen pro Liter eine bestimmte Zuzahlung machen, um auf diese Weise die Kindermilch für die Allgemeinheit zu verbilligen.

k) Die Fürsorge für hilfsbedürftige Kinder.

Je nachdem die Hilfsbedürftigkeit eine partielle ist, dann wenn die Mutter tagsüber zur Arbeit geht und während dieser Zeit ihr Kind nicht

besorgen kann, oder eine totale, wenn überhaupt keine Mutter vorhanden ist, oder diese sich um ihr Kind nicht kümmert oder nicht kümmern kann, ist auch die Fürsorgetätigkeit verschieden geartet. Im ersten Fall bringt man die Kinder in Krippen unter, im letzten Fall, wenn es sich um verwaiste oder uneheliche Kinder handelt, müssen die Kinder in fremde Pflege gegeben werden, es entsteht dann die Institution des Kost- oder Haltekinderwesens.

α) Die Krippen.

Krippen sind Einrichtungen, welche den Müttern, die tagsüber außer dem Hause zur Arbeit gehen, ihre Kinder abnehmen und verpflegen, während sie des Abends von der Mutter abgeholt werden und des Nachts bei ihr verbleiben. Sie sind jedoch nicht ausschließlich Fürsorgeeinrichtungen für Säuglinge, sondern verpflegen die Kinder durchwegs bis zum Ablauf des dritten Lebensjahres. In Frankfurt wurde die erste, heute noch bestehende Krippe bereits 1852 von dem Verein zur Errichtung von Krippen in Sachsenhausen errichtet. Es wurden hier nur Kinder von Bürgern aufgenommen und Meidinger[1]) fragte mit Recht, warum man nicht auch Kinder von Permissionisten aufnahm, die hier gerade unter den ärmeren Klassen so zahlreich waren. Die meisten Wasch- und Putzfrauen gehörten dieser Klasse an, die tagsüber ihrem Berufe nachgehen müssen und einer Säuglingsanstalt weit mehr bedürfen als hiesige Bürgerinnen. Eine zweite im Jahre 1853 errichtete Krippe in der Seilerstraße war von vornherein schlechter besucht als die Sachsenhäuser Krippe, sie wurde im Jahre 1864 geschlossen.

Das Bedürfnis nach Errichtung weiterer Krippen in Frankfurt a. M. stellte sich erst 1888 wieder ein. In diesem Jahr errichtete der Vaterländische Frauenverein eine Krippe. Diese wurde 1902 vom Verein für Volkskindergärten übernommen und nach der Hallgartenstraße verlegt.

Einen neuen Aufschwung nahm das Krippenwesen durch die Begründung des Krippenvereins 1902, er begründete nach und nach 4 neue Krippen in der Altstadt und im Bahnhofsviertel, von denen allerdings zwei wieder eingingen und übernahm eine Krippe in Bockenheim und in Oberrad. 1902 wurde noch die Krippe Eichwaldstraße 84 von der evangelischen Johannisgemeinde begründet, 1905 wurde eine Krippe von Frau v. Weinberg in Niederrad errichtet, endlich besteht noch eine Krippe Muskatenweg 54, begründet von der Lukasgemeinde.

Es bestehen demnach zurzeit in Frankfurt 9 Krippen. Die Kinder werden in den Krippen nicht unentgeltlich verpflegt, vielmehr wird ein Pflegesatz von 10 bis 30 Pfennig pro Tag erhoben. Dieser Betrag reicht nicht zur Deckung der Selbstkosten. Durchschnittlich ist nämlich beim Krippenverein ein Zuschuß pro Tag und Kind von 50 bis 60 Pfennig zu leisten. Dieser Verein erhält von der Stadt einen jährlichen Zuschuß

[1]) Meidinger, Frankfurts gemeinnützige Anstalten. 2. Teil. Frankfurt a. M. 1856, S. 180.

von Mark 4500. Erfreulicherweise werden in den Krippen fast überall auch uneheliche Kinder aufgenommen; nur die Sachsenhäuser Krippe scheint hiervon eine Ausnahme zu machen. Die meisten Krippen stehen unter Aufsicht eines Arztes. Es wird ferner wie in den Krippen des Krippenvereins auch in anderen Krippen Wert darauf gelegt, daß die Mütter ihre Kinder noch weiter stillen. In den Krippen des Krippenvereins sowie in derjenigen des Vereins für Volkskindergärten sowie auch in der Sachsenhäuser Krippe ist jungen Mädchen und Frauen Gelegenheit gegeben, sich in der Säuglingspflege auszubilden.

Im Jahre 1907 wurden in sämtlichen vorhandenen Krippen etwa 660 Kinder verpflegt. Da wie schon hervorgehoben die Kinder bis zum Ablauf des dritten Jahres in der Krippe behalten werden, so dürften sich, wenn wir die Zahl der Kinder auf die drei Lebensjahre gleichmäßig verteilen, etwa 200 Säuglinge in den Krippen befunden haben, eine im Vergleich zur Zahl der vorhandenen Säuglinge sicher sehr geringe Anzahl, wobei noch hervorzuheben ist, daß der früheste Termin der Aufnahme bei den einzelnen Krippen verschieden ist. In den Krippen des Krippenvereins werden die Kinder schon mit der dritten Lebenswoche aufgenommen, in der Krippe des Vereins für Volkskindergärten und in der Eschwaldstraße mit 6 Wochen, in der Krippe zu Niederrad aber erst mit dem sechsten Lebensmonat.

Bemerkenswert ist noch, daß die Krippe in Bockenheim eine sogenannte Familienkrippe ist. Zur Gründung derselben wurden 1902 vom Institut für Gemeinwohl die Mittel zur Verfügung gestellt, um zu versuchen, ob sich die Anstaltskrippen in den Vororten nicht durch eine einfachere Einrichtung ersetzen ließen. Der dortige Frauenverein trat mit einer zuverlässigen Witwe in Verbindung, mietete ihr eine hygienisch eingerichtete Wohnung und sicherte ihr ein genügendes Einkommen zu, mit der Verpflichtung, täglich 5 bis 10 ganz kleine Kinder ebenso wie in einer Krippe aufzunehmen und zu verpflegen. Es dürfen höchstens 10 Kinder aufgenommen werden, meist sind es 8. Die Kosten des Verpflegungstages belaufen sich auf 70 Pfennig täglich, der Betrieb stellt sich demnach wesentlich billiger als bei den Anstaltskrippen.

β) Die Waisenkinder, das Kost- und Haltekinderwesen und der Schutz der unehelichen Kinder.

Seit einer Reihe von Jahren hat die Wahrnehmung, daß die Sterblichkeit der unehelichen Kinder eine besonders hohe ist und diese mit den Mißständen des Kost- und Haltekinderwesens enge zusammenhängt, die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf das Schicksal der unehelichen Kinder gelenkt. Es sind infolgedessen Fürsorgemaßnahmen eingeführt worden, welche bezwecken sollen, dieser enormen Sterblichkeit Einhalt zu tun. Die Gerichte haben sich als Vormundschaftsbehörden der unehelichen und verwaisten Kinder anzunehmen, indem sie Vormünder für dieselben bestellen, den Armenbehörden liegt es ob, hilflose Säuglinge, eheliche und uneheliche, soweit deren Eltern nicht für sie sorgen können,

in Pflege zu nehmen und die Kosten dafür zu tragen, den Polizeibehörden kommt die Aufgabe zu, Vorschriften über das Halten von Pflegekindern zu erlassen und diese zu überwachen, private Korporationen und Personen unterstützen die Behörden in der Fürsorge für die hilflosen Säuglinge.

In der Gegenwart hat sich ein System der Kostkinderfürsorge herausgebildet, das durch die Trias: Kostkinderärzte, besoldete Pflegerinnen und Generalvormundschaft charakterisiert ist, d. h. Kostkinderärzte und besoldete Pflegerinnen müssen die Kinder regelmäßig kontrollieren und die unwirksame Einzelvormundschaft muß durch das System der Generalvormundschaft abgelöst werden. Der Einzelvormund kümmert sich in der Regel wenig um das Kind, vor allem gelingt es hier selten, den Vater zur Zahlung der Alimente zu veranlassen, diese aber sind zur Unterhaltung der Kinder, zur Bezahlung der Pflegekosten unbedingt nötig und von dem rechtzeitigen Eingang der Pflegegelder hängt in letzter Linie das Gedeihen des Säuglings ab. Während die Erfolge des Einzelvormundes hier minimale sind, gelingt das besser dem berufsmäßig arbeitenden Generalvormund. In Leipzig ist dieses mustergültige System zuerst eingeführt worden, es wirkt dermaßen erfolgreich, daß dort die Sterblichkeit der unehelichen Kinder unter die der ehelichen herabgesunken ist.

Sehen wir nunmehr zu, wie in Frankfurt die Fürsorge für die hilfsbedürftigen Säuglinge sich in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts entwickelt hat und wie sie in der Gegenwart bestellt ist.

Eine amtsärztliche Aufsicht über das Kostkinderwesen war, wie wir gesehen haben, durch die Medizinalverordnung vom Jahre 1841 eingeführt, diese bestand bis zur Einverleibung Frankfurts in den preußischen Staat und ist nachher in Wegfall gekommen. Wer die Pflegekosten bezahlte, wenn die Mutter des Pflegekindes verstorben war oder wenn sie nicht bezahlen konnte, ist nicht ersichtlich, die Kommune jedenfalls nicht, da es ja überhaupt bis 1869 keine städtische Armenpflege gab, auch wahrscheinlich das Waisenhaus nicht, da es ja nach seiner ganzen Verfassung für Kinder von Bürgern und Beisassen bestimmt war. Für fremde Kinder übernahm allerdings das Waisenhaus die Fürsorge, aber nur gegen Vergütung durch die Polizei. Ortsfremde Kinder wurden in die Heimat abgeliefert, eventuell nahm man die Hilfe von Stiftungen für sie in Anspruch. Das Jahr 1869 ist deswegen bemerkenswert, weil in diesem Jahre die städtische Polizeisektion eingerichtet wurde, die als Vorläuferin des städtischen Armenamtes zu betrachten ist. Ihr fiel bereits die Aufgabe zu, in immer zahlreicheren Fällen Kinder in direkte Pflege zu nehmen[1]. Doch war die Art, wie die Polizeisektion die in ihrer direkten Pflege befindlichen Kinder unterbrachte, nicht einwandfrei, weder was die Pflegestellen bei der ärmeren Bevölkerung in den übermäßig bewohnten Häusern der engen Straßen der Stadt, noch was die Überwachung der Kinder durch die Amtsdiener des Armenamtes anlangte.

[1] Flesch, Beiträge zur Kenntnis des Armenwesens in Frankfurt a. M. 1890, S. 7[illegible]

1871 wurde von Dr. F. J. Stiebel ein Verein zum Schutze der Kostkinder gebildet. Sein Zweck war, in erster Linie zuverlässige Kostfrauen ausfindig zu machen, dann dieselben zu kontrollieren, die sich bewährenden durch Prämien aufzumuntern, namentlich aber auch durch Zuschüsse solche Frauen zu unterstützen, welchen durch Tod, Krankheit usw. mit der Notwendigkeit in fremde Dienste zu treten, die Möglichkeit genommen war, ihre Kinder selbst zu verpflegen. Die Schutzfrauen des Vereins übernahmen die Verpflichtung, die Persönlichkeit der Familien zu prüfen, welche sich zur Übernahme von Kostkindern meldeten, die geeigneten zu überwachen, ihnen die Zuschüsse und die Prämien abzugeben. Ärzte behandelten die erkrankten Kinder unentgeltlich und verwiesen sie in das Hospital. Bald darauf stellte es sich heraus, daß im Weichbilde der Stadt zu den von den Müttern gezahlten Preisen trotz der Zuschüsse des Vereins gute Kostfrauen nicht zu haben waren. Die Kostkinder wurden aufs Land gegeben und entzogen sich dadurch der Kontrolle des Vereins. Das war die Veranlassung, den Verein 1875 wieder aufzulösen. Er hatte in den vier Jahren seines Bestehens 240 Kinder in Kost gegeben und beaufsichtigt, davon starben im ersten Jahre 111, wiesen also eine Sterblichkeit von 46% auf!

Mit dem Inslebentreten der Vormundschaftsordnung vom 5. Juli 1875 wurde am 1. Jänner 1876 der städtische Waisenrat gebildet. Bisher hatte sich die obervormundschaftliche Aufsicht hinsichtlich der Sorge für die bevormundeten Personen lediglich auf jährliche Erstattung von Erziehungsberichten seitens der Vormünder erstreckt. Der Vormundschaftsrichter konnte sich nicht persönlich davon überzeugen, ob der Vormund sein Amt mit der nötigen Gewissenhaftigkeit verwaltete, die Fürsorge der Vormünder gegenüber den Pflegebefohlenen, namentlich denen der ärmeren Klassen, trat immer mehr in den Hintergrund. Infolge dieser Erwägungen wurde der Waisenrat als Organ des Vormundschaftsamtes geschaffen, und die notwendig gewordene Aufsicht über die Vormünder in betreff des leiblichen und geistigen Zustandes der Mündel auszuüben, als Hilfsorgan des Vormundschaftsrichters bei Ausübung seiner Funktionen. Für jeden der 9 Polizeibezirke wurde ein Waisenrat aus 3 Bürgern eingesetzt, die Bezirkswaisenräte standen wieder unter Aufsicht der Zentralstelle. Aufgabe des Waisenrates war es, da, wo die Einleitung einer Vormundschaft notwendig wurde, dem Vormundschaftsrichter den Vormund und Gegenvormund nach sorgfältiger Prüfung der Persönlichkeiten vorzuschlagen, sich über den geistigen und physischen Zustand der zu Bevormundenden durch eigene Anschauung genau zu unterrichten, Mißstände aber der Zentralstelle behufs Beseitigung zur Anzeige zu bringen. Ferner hatte der Waisenrat strenge darüber zu wachen, daß die von ihm vorgeschlagenen Vormünder, welche der Bestätigung des Vormundschaftsrichters bedurften, die übernommenen Pflichten genau und gewissenhaft erfüllten. 1884 übernahm das Christ'sche Kinderhospital die ärztliche Beaufsichtigung der von seiten der städtischen Polizeisektion in Pflege gegebenen Kinder. Die Pflegeeltern waren verpflichtet, dieselben in bestimmten Zeit-

räumen zur Kontrolle vorzuführen und im Erkrankungsfalle Anzeige zu machen.

Im selben Jahr nahm die königliche Regierung in Wiesbaden die Regelung der Verhältnisse der Kostkinder in die Hand, indem sie am 4. Mai eine Verordnung für den Polizeibezirk der Stadt Frankfurt a. M. erließ, betreffend das gewerbsmäßige Halten von Kostkindern. Diese lautet:

§ 1.

Personen, die gegen Entgelt fremde noch nicht 6 Jahre alte Kinder in Kost und Pflege nehmen wollen, bedürfen hierzu der Erlaubnis des Königl. Polizeipräsidiums in Frankfurt a. M.

§ 2.

Die Erlaubnis ist schriftlich zu erteilen. Sie wird nur auf Widerruf und nur solchen Frauenspersonen erteilt, welche nach ihren persönlichen Verhältnissen und nach der Beschaffenheit ihrer Wohnung geeignet erscheinen, eine solche Pflege zu übernehmen.

§ 3.

Die einzelnen in Pflege genommenen Kinder sind bei der Polizeibehörde 8 Tage nach der Aufnahme anzumelden und, wenn das Pflegeverhältnis aufgegeben wird oder die Pflegemutter stirbt, binnen gleicher Frist abzumelden.

§ 4.

Bei der Anmeldung ist *a)* der Name des in Pflege genommenen Kindes sowie Ort und Zeit seiner Geburt; *b)* Name, Stand und Wohnung seiner Eltern, bei unehelichen Name, Stand und und Wohnung seiner Mutter sowie des Vormundes; *c)* Name, Stand und Wohnung der Kostgeberin genau anzugeben und erforderlichenfalls amtlicher Nachweisung darüber vorzulegen.

§ 5.

Die erteilte Erlaubnis erlischt bei etwaigem Wohnungswechsel der Kostgeberin. Vor solchem Wechsel ist daher die Erlaubnis zur Fortsetzung des Pflegeverhältnisses nachzusuchen.

§ 6.

Die erteilte Erlaubnis wird zurückgenommen, wenn die Kostgeberin die ihr obliegende Pflicht gegen das Pflegekind vernachlässigt und insbesondere die bei diesem erforderliche Pflege und Wartung nicht gewährt oder sonstwie eine für das Pflegekind nachteilige Veränderung in den persönlichen und häuslichen Verhältnissen der Kostgeberin eintritt.

§ 7.

Hinsichtlich derjenigen der noch nicht 6 Jahre alten Kinder, welche sich beim Inkrafttreten dieser Verordnung bereits in einem Pflegeverhältnis im Sinne des § 1 dieser Verordnung befinden, ist von der Kostgeberin nach dem Inkrafttreten dieser Verordnung eine schriftliche Anmeldung an die Polizeibehörde zu erstatten und damit zugleich das Gesuch um Erteilung der Erlaubnis zum Halten von Kostkindern zu verbinden.

§ 8.

Auch im übrigen finden die vorstehenden Vorschriften auf bereits bestehende Pflegeverhältnisse gleichmäßige Anwendung. Ferner unterliegen den Bestimmungen dieser Polizeiverordnung diejenigen Personen, welche mit Pflegekindern in den Polizeibezirk einziehen.

§ 9.

Während des Pflegeverhältnisses ist den Beamten der Polizeibehörde oder den von derselben schriftlich legitimierten Personen, namentlich Mitgliedern von wohltätigen

Frauenvereinen, von den Kostgeberinnen den Zutritt zu ihren Wohnungen zu gestatten, die Erlaubniserteilung zur Annahme von Pflegekindern auf Verlangen vorzulegen und jede das Pflegeverhältnis betreffende Auskunft wahrheitsgetreu zu erteilen, auch die Kinder auf Verlangen vorzuzeigen.

§ 10.

Die Anzeigen haben unbeschadet der Vorschriften über das polizeiliche Meldewesen zu erfolgen.

§ 11.

Jede Zuwiderhandlung gegen diese Polizeivorschrift wird mit einer Geldstrafe bis zu 30 M geahndet.

In der für die Ausführung ergangenen Anweisung wird ein besonderer Wert darauf gelegt, daß eine nach § 9 vorgesehene Kontrolle nicht ausschließlich in die Hände der Polizeibeamten gelegt wird, sondern auch in Anlehnung an Vereine, namentlich die bestehenden Frauenvereine, inszeniert wurde.

Auf Einladung des Polizeipräsidenten konstituierte sich demzufolge am 16. März 1882 der

Ausschuß zur Beaufsichtigung des Kostkinderwesens

bestehend aus Delegierten von 9 Wohltätigkeits- und Frauenvereinen. Der Ausschuß hat den Zweck, der Polizeibehörde bei der Beaufsichtigung der Kostgeberinnen mit Rat und Tat an die Hand zu gehen, und zwar in der Weise, daß er bei Gesuchen auf Zuweisung von Pflegekindern die persönlichen und häuslichen Verhältnisse der Kostgeberinnen prüft und der Polizeibehörde berichtet, ob die betreffende Person zur Aufnahme von Kostkindern geeignet sei oder nicht. Die Mitglieder haben ferner durch gelegentliche Besuche in den Wohnungen der Kostgeberinnen sich davon zu überzeugen, ob die Kostkinder gewissenhaft verpflegt und gehalten werden, andernfalls dem Polizeipräsidium Anzeige erstattet wird.

Zur Ausübung der Kontrolle sind dem Ausschusse eine größere Anzahl von Damen beigegeben. Der Verein gliedert sich nach Polizeibezirken, an der Spitze eines jeden städtischen Bezirkes steht eine Dame, welcher das einzelne Kind angemeldet wurde. Diese bestimmt dann für jedes Kind eine Aufsichtsdame, welche es übernimmt, alle 8—14 Tage das Kind und seine Verhältnisse in Augenschein zu nehmen.

Ostern 1888 waren in der Stadt 353 Kinder in Pflege, welche von delegierten Mitgliedern des Ausschusses und außerdem von 117 Damen beaufsichtigt wurden. Außer diesen Kindern waren 111 in der Nähe auf dem Lande untergebracht und wurden dort von Geistlichen und anderen geeigneten Persönlichkeiten unter Aufsicht gehalten. 1895 betrug die Zahl der in der Stadt beaufsichtigten Kinder 441, der im Landkreise in Pflege gegebenen 150. Wie Brückner[1]) berichtete, waren die Erfahrungen mit den Pflegemüttern im allgemeinen günstig, insofern als für die Kinder seitens der Kostmütter gut gesorgt wurde. Schlechte oder nachlässige Pflege war selten. Der Preis schwankte zwischen 8 und 25 Mark

[1]) Brückner, Die öffentliche und private Fürsorge in Frankfurt a. M. 1892, S. 11.

monatlich, für kleine Kinder durchschnittlich 18—20 Mark, auffallende Beträge seien häufig. Zu den Müttern, welche meistens hiesige Dienstboten, aber auch andere alleinstehende Frauenzimmer sind, besteht wenig Beziehung, dagegen sieht man mit Freuden, daß sehr viele Kostmütter sich der Kinder sehr annehmen, sie sogar oft später adoptieren.

1883 wurde das städtische Armenwesen reorganisiert, eine neue Armenordnung geschaffen und das städtische Armenamt begründet. Einer Kommission dieses Armenamtes ist die Kinderpflege unterstellt, welche über die Aufnahme der Pflegekinder und deren Unterbringung entscheidet und die verschiedenen Pflegestellen überwacht. Um die Mißstände, welche mit der Unterbringung der Pflegekinder in der Stadt verbunden waren, zu beseitigen, wurde 1886 der Beschluß gefaßt, die Pflegekinder in direkt vom Armenamt ausgewählte und von ihm kontrollierte Pflegestellen auf Dörfern der weiteren Umgebung unterzubringen. Doch handelte es sich dabei meist um ältere Kinder, Säuglinge wurden in der Stadt selbst verpflegt. Denn am 1. April 1889 befanden sich unter den 393 in Pflege des Armenamtes stehenden Kindern etwa 30 Säuglinge, die sämtlich in Frankfurt a. M. selbst in Pflege waren[1].

1893 wurde zum erstenmal eine ärztliche Kontrolle der hier untergebrachten Pflegekinder durchgeführt. Diese wurden mindestens zweimal jährlich im Lokal des Armenamtes dem Stadtarzt zugeführt, vom folgenden Jahre ab fand diese Besichtigung regelmäßig vierteljährlich statt. 1900 wurde das Gemeindewaisenamt aufgehoben und die Geschäfte desselben dem Armenamt, nunmehr „Waisen- und Armenamt" übertragen. Es hatte sich herausgestellt, daß die Organisation des Waisenamtes nicht einwandfrei war, es fehlte für arme Waisen die Kontrolle, und es kümmerte sich häufig nicht einmal der Vormund um sie, dagegen hatte das Bürgerliche Gesetzbuch die Kompetenzen des Waisenrates wesentlich vermehrt und außerdem dem Vormundschaftsgericht Befugnisse eingeräumt, welche sich mit denen des Armenamtes vielfach berührten und auch kreuzten, so daß es doppelt notwendig erschien, das Hilfsorgan des Vormundschaftsgerichtes, den Gemeindewaisenrat mit dem Armenamt in nähere Verbindung zu bringen. Die Geschäftsordnung für die Erledigung der Geschäfte des Gemeindewaisenrates verpflichtete die Bezirks- sowie Armenvorsteher, Bezirks-Mündelverzeichnisse zu führen und sich stets über die Verhältnisse der Mündel in Kenntnis zu halten.

In demselben Jahre wurde ein eigener dem Stadtarzt unterstellter Arzt angestellt zur ständigen Beaufsichtigung der in den städtischen Pflegestellen untergebrachten Kinder. In den ersten Lebensjahren werden die Kinder Pflegestellen in der Stadt überwiesen. Der durchschnittliche Bestand dieser Kinder war 140 einschließlich der nur vorübergehend untergebrachten Kinder. Die Beaufsichtigung und die Auswahl der Pflegestellen machte viele Schwierigkeiten. Kontrollbesuche wurden bisher vom Sekretär der Kinderabteilung gemacht, seit 1901 wurde eine Kinder-

[1] Bericht des Magistrats an die Stadtverordneten-Versammlung, 1889—1890, S. 206.

pflegerin gegen Taggeld angestellt, was sich als sehr zweckmäßig erwies. Dadurch gelang es in den Pflegestellen, befriedigende Zustände zu schaffen. Durch die Anstellung eines Kinderarztes sollte erreicht werden, daß nunmehr auch in rein gesundheitlicher Beziehung die Prüfung und Überwachung der in der Stadt befindlichen Pflegestellen nach einheitlichen Grundsätzen erfolgte. Das Pflegegeld betrug für Kinder unter einem Jahr 18 Mark, bei besonders schwächlichen auch etwas mehr. Seit 1901 können auch weibliche Personen zu Armen- und Waisenpflegerinnen gewählt werden.

1902 wurde durch Ortsstatut auf Grund des Artikels 78 § 4 des Ausführungsgesetzes des B.-G.-B. bestimmt, daß eines der dem Armenamte zugewiesenen Magistratsmitglieder auf Beschluß des Magistrates zum Vormund der in der Armenpflege befindlichen Minderjährigen ernannt werden könnte. Die Zahl der vom Generalvormund in diesem Jahre übernommenen Vormundschaften betrug 427. Damit ergab sich auch die Notwendigkeit, die Zahl der besoldeten Kinderpflegerinnen zu vermehren. Jeder Kinderpflegerin sind eine Anzahl Armenbezirke zugewiesen. Sie hat die innerhalb dieser Bezirke untergebrachten in Generalvormundschaft des Armenrates befindlichen Kinder zu überwachen, außerdem auch die vorübergehend auf Kosten der Armenpflege innerhalb der Stadt untergebrachten Kinder in ihren Pflegestellen zu besuchen, neu angemeldete Pflegestellen zu prüfen, die Unterbringung der Kinder in dieselben zu bewirken und den Gesundheitszustand der unterzubringenden Säuglinge zu prüfen. 1903 wurde eine neue Anweisung für die Armen- und Waisenpflege erlassen, welche insbesondere die Schwierigkeiten beheben sollte, daß jetzt in manchen Fällen eine m e h r f a c h e Beaufsichtigung durch die Organe des Gemeindewaisenrats, die Beamtinnen des von der Zentrale für private Fürsorge neu gegründeten Vereins „Kinderschutz“ und der Mitglieder des zur Unterstützung der polizeilichen Beaufsichtigung der Haltekinder gegründeten Kostkindervereins stattfindet. Es wurde beschlossen, daß diejenigen Kinder, welche vom „Ausschuß zur Beaufsichtigung des Kostkinderwesens“ beaufsichtigt, diejenigen, welche sich unter Generalvormundschaft des Geschäftsführers des „Vereins für Kinderschutz“ befinden, endlich die in Generalvormundschaft des Armenamtes stehenden, nicht mehr in das Bezirksmündelregister eingetragen und damit nicht mehr von den Bezirkswaisenräten kontrolliert werden sollen. Für die hier wohnenden Vormünder und Pflegeeltern wird ein Merkblatt herausgegeben, die sie über das Recht der Armenpfleger und Waisenpflegerinnen zur Prüfung der Verhältnisse des Mündels unterrichtet.

Im Jahre 1905 betrug die Zahl der unter Generalvormundschaft des Armenamts stehenden Mündel 619, die Zahl der besoldeten Kinderpflegerinnen 5, es wurde für sie ein Ausbildungskursus eingerichtet und sie über die Gesichtspunkte unterrichtet, die zur Prüfung der Pflegestellen bei gesunden und kranken Kindern zu beobachten sind.

1906 wurde die Vormundschaft über diejenigen unehelichen Kinder übernommen, bei denen es notwendig erscheint, die Alimentationsansprüche

schnell und energisch zu verfolgen. Hierbei wurde ein Beamter des Armenamtes jedoch nicht als alleiniger Vormund bestellt, sondern als Mitvormund, der lediglich die Vermögens- und Alimentationsangelegenheiten der Kinder zu verwalten hat und neben dem, je nach Lage des Falles, die uneheliche Mutter oder Verwandte behufs Ausübung der persönlichen Fürsorge für die Kinder bestellt wird. Doch hat der Sammelvormund den Gemeindewaisenrat zu benachrichtigen, wenn ihm Mängel in der persönlichen Fürsorge seines Kindes bekannt werden. Der Sammelvormund arbeitet demnach im engsten Zusammenhang mit dem Gemeindewaisenrat und hat, soweit nötig, ein direktes Eingreifen der Armenpflege zugunsten des Mündels dann herbeizuführen, wenn der Vormund oder die Mutter des Kindes sich nicht annehmen. Er kann also insbesondere Prüfung der Pflegestellen durch die Kinderpflegerinnen, ärztliche Gutachten der Armenärzte usw. jederzeit durch das Waisen- und Armenamt erwirken, auch wenn seine Bestellung als Vormund ihn dazu nicht verpflichtet. Für die neu eingerichtete Sammelvormundschaft mußte eine weitere Kinderpflegerin bestellt werden, welche sofort nach Anmeldung der Geburten die gesamten Verhältnisse festzustellen hat. Die Pflegesätze für Säuglinge in der Stadt wurden von 18 bis 20 Mark erhöht wegen Verteuerung der Milch und der Wohnungsmieten. Durch Einführung der Sammelvormundschaft sank die Zahl der ehrenamtlich tätigen Vormünder ganz bedeutend. Bis 31. März 1909 wurden von 576 geborenen unehelichen Kindern 120 in Sammelvormundschaft genommen, ferner in 74 alten Fällen die Sammelvormundschaft nachträglich bestellt.

Im Jahre 1908 erfolgte auch eine Neuordnung des Kostkinderwesens seitens der Polizei. Seit 1. April 1909 übernahm nämlich das Polizeipräsidium die Überwachung der Pflegestellen und der Kinder in der ganzen Stadt selbst, die bisher durch den Ausschuß des Kostkinderwesens besorgt worden war, und übt sie durch eigene besoldete Organe aus. Ausgenommen von der Überwachung sind lediglich die vom Waisen- und Armenamt auf seine Kosten untergebrachten und die von dem Verein „Kinderschutz" überwachten Kinder. Die Überwachung der Pflegestellen und der Kinder erfolgt unter Leitung des Kreisarztes und vier besonders vorgebildeter besoldeter Aufsichtsdamen. Für die Aufsicht ist die Stadt in vier Bezirke geteilt. In jedem Aufsichtsbezirk sind zirka 180 Kostkinder untergebracht, die Aufsichtsdamen haben die Kinder regelmäßig zu besuchen, die Zahl der Besuche richtet sich nach dem Gesundheitszustand des Kindes sowie nach der Zuverlässigkeit der Pflegemutter. Jedes Kind soll indessen einmal monatlich besucht werden. Die Befunde werden in das für jedes Kind angelegte Kartenblättchen vermerkt. Außerdem haben die Aufsichtsdamen dem Kreisarzte über ihre Wahrnehmungen regelmäßig Bericht zu erstatten. Sobald ärztliche Hilfe erforderlich erscheint, werden die Pflegestellen durch den Kreisarzt revidiert, da, wo ärztliche Behandlung notwendig ist, sind die Pflegefrauen berechtigt, den Armenarzt in Anspruch zu nehmen.

Die Zentrale für private Fürsorge und der Verein Kinderschutz.

Wiederholt ist in obigen Ausführungen von der Tätigkeit der „Zentrale für private Fürsorge" und des „Vereins Kinderschutz" auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge die Rede gewesen. 1902 gründete die Zentrale für private Fürsorge eine Kinderfürsorge und nahm speziell die Fürsorge für uneheliche Kinder in Angriff. Nach einem Abkommen mit dem Armen- und Waisenamt wurde der Geschäftsführer der Zentrale in all' den Fällen zum Vormund vorgeschlagen, wo eine andere geeignete Persönlichkeit nicht vorhanden war. Einem Arzte wurde die ärztliche Überwachung der Kinder übertragen, er hielt zweimal wöchentlich auf der Zentrale Sprechstunde für die Kinder ab, und mit der Ausbildung einer Kinderpflegerin der Anfang gemacht; für die unehelichen Kinder wurden gute Pflegestellen ermittelt und diese dauernd überwacht. Des weiteren betrachtete es die Zentrale als ihre Aufgabe, auch die rechtlichen Ansprüche der Kinder energisch zu verfolgen und die Alimentenzahlung sicherzustellen. Auf Grund einer Vereinbarung mit dem Bockenheimer Ausschuß zur Beaufsichtigung des dortigen Kostkinderwesens prüfte die Zentrale daselbst jede neuangemeldete Pflegestelle durch die Kinderpflegerin der Zentrale. Das Pflegekind wurde gleich dem Arzte der Zentrale vorgestellt und dann wiederholt alle Vierteljahre, jedes Kind wird ferner einmal im Jahre gründlich untersucht, wozu von der Schuldeputation Räume in einer Schule zur Verfügung gestellt werden. Die Abteilung für Kinderfürsorge der Zentrale nahm bald eine derart günstige Entwicklung, daß sie im Laufe des Jahres 1904 auf einen besonderen Verein „Kinderschutz" übertragen wurde, der die Vormundschaftseinrichtungen sowie die Pflegestellenvermittlung der Zentrale weiterführt. Er richtete einen besonderen Pflegeausschuß und einen Rechtsausschuß ein. Die Pflegegelder ließ sich der Verein von den Müttern usw. einzahlen und bezahlte sie weiter an Pflegeeltern und Anstalten. Wo das Pflegegeld trotz aller Mühe nicht zu erlangen ist, tritt das Waisen- und Armenamt ein. Die Pflegestellen selbst werden in einer ständigen sorgfältigen Überwachung durch die Pflegerinnen des Vereins und freiwilligen Aufsichtsdamen kontrolliert. Die ärztlichen Sprechstunden zur Beratung der Mütter und Pflegemütter über die Ernährung ihrer Kinder finden dreimal wöchentlich statt. Mit Anstellung von Aufsichtsdamen zur Beaufsichtigung des Kostkinderwesens seitens des Polizeipräsidiums ging die Beaufsichtigung der Bockenheimer Pflegekinder an das Polizeipräsidium über, ebenso wurde seit Einführung der Sammelvormundschaft beim Armen- und Waisenamt die Vormundschaft über uneheliche Kinder seitens des Vereines „Kinderschutz" nicht mehr übernommen.

Die Kinderschutzkommission des Vereins „Weibliche Fürsorge".

Dieselbe beaufsichtigt die in Pflege gegebenen jüdischen Kostkinder, 1907—1908 waren es 34 Pfleglinge. Für die unehelichen israelitischen Kinder ist ein Kollektivvormund bestellt, ob und wieviele Säuglinge unter den beaufsichtigten Kindern sich befinden, konnte nicht festgestellt werden.

Nunmehr ist noch der Tätigkeit solcher Vereinigungen zu gedenken, die neben der Fürsorge für die Kinder auch die für die Mütter sich zur Aufgabe gemacht haben. Tatsächlich läßt sich Kinderschutz von Mutterschutz gar nicht trennen. Denn der Schutz, der den Frauen bei der Schwangerschaft, bei der Entbindung und dem Wochenbett gewährt wird, kommt auch ihren Säuglingen zugut und erhöht deren Lebenschancen. Wenn dafür gesorgt wird, daß die schwangeren Mädchen und Frauen die letzten Wochen vor der Entbindung nicht mehr hart zu arbeiten brauchen, sondern in sicherem Hort ihre schwere Stunden erwarten können, so hat diese Ruhe auch für die Entwicklung des Säuglings die wohltätigste Wirkung, ebenso auch, wie es für ihn nicht gleichgültig ist, ob die Mutter in einer hygienisch eingerichteten Entbindungsanstalt niederkommt oder in einer elenden Dachkammer, oft der notwendigsten Hilfe entbehrend. Ausschlaggebend für sein Gedeihen ist es aber, ob die Mutter, wie es bisher noch fast immer die Regel ist, am zehnten Tag die Entbindungsanstalt verlassen, selbst wieder zur Arbeit gehen und den Säugling in fremde Pflege geben muß, oder ob ihr die Möglichkeit gegeben ist, mit ihrem Säuglinge noch wenigstens einige Wochen zusammen zu bleiben und ihm die natürliche Ernährung zukommen zu lassen.

So haben sich eine Anzahl Anstalten entwickelt, die Mutterhäuser, die Wöchnerinnenasyle, die Säuglings- und Wöchnerinnenheime; Asyle, die ungemein segensreich wirken und für die Herabminderung der Sterblichkeit, namentlich der unehelichen Kinder, in Betracht kommen. Der erste der auf diesem Gebiete tätigen Vereine ist der Verein „Frankfurter Mutterschutz“, er macht sich den Schutz der unehelichen Mütter und Kinder zur Aufgabe, gibt juristischen Rat und ärztliche Hilfe, und leitet Alimentationsklagen ein. Durch Vermittlung des Vereins gaben im ersten Vereinsjahr 16 Mütter ihre Kinder in Pflege, die vom „Mutterschutz“ überwacht und ärztlich beraten ist; Vormundschaften übernahm er neun. Im Heime des Mutterschutzes wurden 30 hilfs- und obdachlose Schwangere unentgeltlich aufgenommen, davon gegen Zahlung 11. Mütter und Kinder 17.

Der Verein „Kinderheim“.

Dieser Verein verfolgt den Zweck, fürsorgebedürftige Kinder im zarten Alter zu verpflegen und Kinderpflegerinnen auszubilden. In der Regel nimmt der Verein Kinder unter drei Jahren gegen Kostgeld in die Anstalt auf, die aufgenommenen werden in der Anstalt dauernd verpflegt. Säuglinge unter 6 Monaten, deren Mütter am Leben sind, werden in der Regel nur zusammen mit der Mutter aufgenommen, namentlich wenn diese in der Lage ist, das Kind selbst zu stillen. In die Anstalt werden ferner aufgenommen Mädchen, die zum erstenmal vor der Entbindung stehen oder zum erstenmal aus der Entbindungsanstalt kommen. Erstere haben bis zum Tage der Entbindung ein geringes Kostgeld zu zahlen. Sie werden in der Anstalt entbunden und haben sich zu verpflichten, bis zu 6 Monaten nach der Entbindung in der Anstalt zu bleiben

und dort die ihnen übertragenen Arbeiten zu verrichten, namentlich aber das eigene Kind zu nähren. Für den Aufenthalt in der Anstalt nach der Entbindung wird von der Mutter weder für sie noch ihr Kind Kostgeld verlangt, wenn die Mutter volle sechs Monate in der Anstalt verbleibt. Kann der Vater die gesetzmäßigen Alimente bezahlen, so verfallen sie dem Verein. Wird die Mutter aus der Anstalt entlassen und verbleibt das Kind in derselben, so treten die Bestimmungen für Kinderpflege in Kraft. Verehelichte Frauen, die vor der Entbindung stehen, oder solche, die aus einer Entbindungsanstalt kommen und der Anstaltspflege bedürfen, werden unter gleichen Bedingungen aufgenommen, auch wenn es sich nicht um erstmalige Entbindung handelt. 1904 bezog der Verein ein eigenes Heim in der Böttgerstraße, das im Erdgeschoß 3 Säle für Säuglinge mit 36 Betten, Bade- und Ankleideraum für Säuglinge und eine Milchküche enthält. Die Pflege der Kinder wird durch die Pflegeschwestern des Vereins und die zur Erlernung der Kinderpflege in der Anstalt befindlichen Schülerinnen besorgt. 1908 gewährte die Stadt einen einmaligen Zuschuß von 5000 Mark. Die Zahl der verpflegten Kinder betrug in diesem Jahre 134 mit einer Sterblichkeit von 5·2%, unter den verpflegten waren 52 Säuglinge. Die Zahl der verpflegten Frauen war 28, von denen 20 im Laufe des Jahres entbunden wurden[1].

Der Verein „Wöchnerinnen- und Säuglingsheim".

1907 begründet, macht er sich zur Aufgabe in seinem Heim Bettinastraße eheliche und uneheliche Mütter nach ihrer Entbindung aufzunehmen, die Mütter haben ihre Kinder selbst zu stillen. Das Selbststillen ist fast die einzige Bedingung, die an die Aufnahme geknüpft wird. Die Mütter können so lange im Heim bleiben, als sie ihre Kinder selbst stillen, also, wenn sie wollen, zirka 9 Monate. Wenn Mütter ihren Beruf wieder aufnehmen können und ihr Kind noch weiter nähren wollen, so können sie noch weiter im Heim wohnen bleiben. Das Kind erhält dann morgens, mittags und abends die Brust, in der übrigen Zeit die Flasche. In diesem Heim wurden 1908 78 Mütter und 86 Kinder aufgenommen, die größere Zahl der Kinder rührt daher, daß einige Kinder solcher Mütter im Heim Aufnahme fanden, welche wieder in Dienst gingen, deren Herrschaft es aber gestattete, daß sie mehrmals täglich ins Heim kamen, um ihr Kind zu stillen. Mit dem Heim ist eine Ammenvermittlung verbunden, doch werden prinzipiell nur solche Ammenstellen vermittelt, in denen der unverehelichten Mutter gestattet wird, auf irgend eine Weise, wenigstens zum Teil ihr eigenes Kind mitzustillen. 1909 mußte das Heim bereits wegen Raummangel vergrößert werden und wurde zu diesem Zwecke im Nachbarhause eine Wohnung hinzugemietet. In diesem Jahre

---

[1] Anmerkung. Neben dem Kinderheim stehen zu Entbindungen noch die städtische Entbindungsanstalt, die Entbindungsanstalt des Dr. Christschen Kinderhospitals sowie die Privatentbindungsanstalt von Dr. Neubürger zur Verfügung.

wurden 109 Mütter und 120 Kinder verpflegt, von den Müttern waren alle bis auf 6 unverheiratet. Die meisten Mütter verblieben mehrere Monate im Heim. Von den 75 ausgeschiedenen unverehelichten Müttern haben 41 Mütter ihre Kinder dauernd bei sich behalten. Der Gesundheitszustand der Kinder war ein sehr guter, es starben bloß 3 atrophische Kinder, die übrigen Kinder gediehen bis auf ganz wenige vorzüglich.

γ) Die Fürsorge für kranke Säuglinge.

Für die Kindersterblichkeit ist es von erheblichem Einflusse, in welcher Weise für kranke Säuglinge gesorgt wird und wie weit ihnen ärztliche Hilfe und Krankenhauspflege zu Gebote steht. Man hat hier zu unterscheiden zwischen offener und geschlossener Krankenpflege, die offene wird durch frei praktizierende Ärzte ausgeübt, für die ärmere Bevölkerung durch die Armenärzte, Polikliniken, in neuerer Zeit auch durch die Familienbehandlung der Krankenkassen.

Frankfurt ist nach dieser Richtung immer gut versorgt gewesen. Schon früh haben sich Ambulatorien und zahlreiche Polikliniken aufgetan; in neuerer Zeit versorgt die Allgemeine Ortskrankenkasse durch ihre Familienversicherung, der mehr wie 12.000 Familien angehören, einen großen Teil der Kinder der ärmeren Bevölkerung mit ärztlicher Hilfe, für die gänzlich unbemittelten tritt die Armenpflege ein.

Was die Säuglingspflege anlangt, so sind die Kinderspitäler früher übel berüchtigt gewesen durch das massenhafte Hinsterben der Kinder und namentlich der Säuglinge infolge von Infektion. Die neueren Kinderspitäler, speziell die moderneren Säuglingsheilstätten gewähren dagegen durch eine Anzahl von Einrichtungen Gewähr, daß das Leben der Kinder nicht mehr durch den Krankenhausaufenthalt selbst gefährdet wird. Als Grundsätze im Betrieb haben sich eingebürgert vor allem die peinlichste Sauberkeit und Asepsis, die Anstellung eines reichlichen und gut vorgebildeten Pflegepersonals, die Einrichtungen der Isolierzellen und Infektionsabteilungen, die Einführung der Freiluftbehandlung, als unentbehrlich hat sich ferner die Sorge für natürliche Ernährung durch Anschaffung von Ammen erwiesen.

Das erste Kinderhospital in Frankfurt war das Dr. Christ'sche, es durfte, wie früher angeführt, ursprünglich nur Kinder von 5 bis 12 Jahren aufnehmen, infolge anderweitig gemachter Schenkungen wurden jedoch auch bald Säuglinge aufgenommen. Wie groß auch in diesem Spital früher die Säuglingssterblichkeit gewesen ist, ergibt sich daraus, daß 1869 von 45 Säuglingen 75 % starben, was allerdings darauf zurückgeführt wird, daß diese Kinder meist bereits in einem desolaten Zustande eingeliefert wurden[1]. 1907 waren unter 504 überhaupt behandelten Kindern 178 Säuglinge, von diesen starben 60, also etwa 36 %, auch jetzt beklagt der Bericht noch, daß die hohe Sterblichkeit der Säuglinge veranlaßt

[1] Siebenundvierzigster Jahresbericht über das Christ'sche Kinderkrankenhaus für das Jahr 1869, S. 6 und 16.

wurde durch ihren schlechten Ernährungszustand bei der Aufnahme. Den kranken Kindern steht Ammenmilch zur Verfügung.

1899 wurde als Annex zum Kinderkrankenhaus die de Neufvillesche Stiftung Forsthausstraße 20 eröffnet. 1907 befanden sich unter den dort verpflegten 297 Kindern 56 Säuglinge.

1908 wurde die Kinderklinik im städtischen Krankenhause eröffnet, sie kann 80 Kinder im Alter von 1 Tag bis zu 14 Jahren aufnehmen. Der Säuglingssaal enthält 12 Betten, die durch Scherwände voneinander getrennt sind, er führt in eine Liegehalle. Jedes Bett trägt ein Anhängegestell mit den einzelnen zur Besorgung der Kinder nötigen Utensilien. Sämtliche Gegenstände werden in heißer Luft sterilisiert oder ausgekocht. Eine Wärmekammer für 3 bis 4 Frühgeburten ist außerdem vorhanden[1].

Von den im Jahre 1907 in Frankfurt verstorbenen 1278 Säuglingen starben 218 in Anstalten, demnach 19·6%, darunter 142 uneheliche, von den gestorbenen 391 unehelichen starben demnach etwa 37% in Anstalten. Die meisten von in den Anstalten verstorbenen Säuglingen starben im städtischen Krankenhause nämlich 135, im Dr. Christ'schen Kinderhospital 69, die anderen verteilen sich auf 9 andere Anstalten.

Nachtrag 1 (Seite 90).

Die Stillenquete des Herrn Kreisarztes Dr. Fromm.

Dieselbe wurde gelegentlich der vorjährigen Impfung vorgenommen und erstreckte sich auf 4000 Kinder. Im ganzen wurden nicht gestillt 846 Kinder, und zwar wurde 401mal als Entschuldigung angeführt, daß die Mutter keine Milch hatte, während für die übrigen 445 als Grund des Nichtstillens Arbeit oder Krankheit der Mutter und des Kindes oder Pflegeverhältnisse angegeben wurde. Bringt man diese Zahl von 846 ins Verhältnis zu der Zahl sämtlicher Kinder, so erhalten etwa 21% keine Muttermilch. Nur einen Monat wurden gestillt 419, zwei Monate 435, drei Monate 498. Nimmt man als ausreichende Stillzeit drei Monate an, so ergibt sich daraus das Verhältnis, daß etwa 50% gestillt wurden. Berechnet man jedoch, wie es den Anschauungen entspricht, als Notwendigkeit eine Stillzeit von sechs Monaten, so haben nur 32% der Kinder die Mutterbrust gehabt. Diese Resultate stimmen demnach genau mit den von uns ermittelten überein (vgl. S. 91). Als außerordentlich nachteilig für das Stillvermögen der Mutter hat sich bei der Enquete ergeben, daß gleich in den ersten Monaten Kuhmilch dazu gegeben wurde, was vielfach aus Bequemlichkeit geschieht. Auffallend war vielfach die Beobachtung, daß sich zahlreiche Brustkinder in einem sehr schwächlichen und elenden Zustande befanden, während Flaschenkinder recht wohl genährt und gesund aussahen.

---

[1] v. Mettenheimer. Die neue Kinderklinik im städtischen Krankenhause zu Frankfurt a. M. Klin. Jahrbuch, 1908, S. 348.

Nachtrag 2 (Seite 93).

Säuglingsfürsorgestellen.

Der neugegründete Verband für Säuglingsfürsorge hat beschlossen, vom 1. Januar 1911 ab neun Säuglingsfürsorgestellen in den verschiedenen Stadtbezirken zu errichten. Dieselben sollen mit zwei Ärzten, einer Schwester, einer ehrenamtlich tätigen Sozialassistentin und einer ehrenamtlich tätigen Sekretärin besetzt sein.

Die Tätigkeit der Beratungsstellen erstreckt sich auf:

1. Regelung der Ernährung mit besonderer Propaganda der natürlichen Ernährung.
2. Kontrolle der Kinder.
3. Belehrung der Mütter.
4. Untersuchung und Überwachung der stillenden Mütter.
5. Abgabe von Stillgeld, in Notfällen Unterstützung Stillender.
6. Vermittlung guter und preiswerter Milch.

Eine ärztlich geleitete Zentralstelle dient für den technischen Betrieb, als statistische Sammelstelle und als Kassenstelle. Als Etat für die Säuglingsfürsorgestellen ist für 1911 die Summe von 20.000 Mark vorgesehen.

ERGEBNISSE DER SÄUGLINGSFÜRSORGE.
HERAUSGEGEBEN VON
PROF. DR. ARTHUR KELLER,
DIREKTOR DES KAISERIN AUGUSTE VICTORIA-HAUSES ZUR BEKÄMPFUNG
DER SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT IM DEUTSCHEN REICHE.
ACHTES HEFT.

KINDERSCHUTZ UND SÄUGLINGSFÜRSORGE

IN

UNGARN.

VON

PROFESSOR DR. ARTHUR KELLER.

LEIPZIG UND WIEN.
FRANZ DEUTICKE.
1911.

Verlags-Nr. [illegible]

[illegible]

„Die Fürsorge eines Volkes für seine Jüngsten und für seine Ältesten ist ein wesentlicher Maßstab für die Höhe seiner Kultur."

Peter Hermann in „Hilfe durch Arbeit".

Der ungarischen Nation, die das Recht der Kinder auf soziale Fürsorge verkündet —

Der ungarischen Nation, die das Elend der Kinder opferwillig bekämpft —

Allen hochherzigen Ungarn, denen die gute Sache, denen die Wahrheit immer höher steht als alles andere —

in treuer Dankbarkeit und Verehrung gewidmet

vom Verfasser.



Einleitung.

Das System des staatlichen Kinderschutzes in Ungarn ist so ausgezeichnet durchdacht und organisiert, daß es in kürzester Zeit auch im Auslande die volle Anerkennung gefunden hat. Unter den genialen Schöpfern dieser Organisation müssen an erster Stelle genannt werden: Koloman von Szell, der Vater des ungarischen staatlichen Kinderschutzes, Graf Julius Andrassy und Graf Leopold Edelsheim-Gyulai. Ihnen und ausgezeichneten anderen Männern gebührt die Bewunderung all derer, die sich mit dem großen sozialen Problem: Schutz des Kindes — Recht des Kindes, beschäftigen.

Die Erfolge des ungarischen Systems sind von einzelnen seiner Vertreter so gerühmt worden, daß das Ausland nur mit Neid auf Ungarn blicken darf. Deshalb erfüllte es mich mit großer Freude, als mir ein offizieller Auftrag des Kuratoriums des Kaiserin Auguste Victoria-Hauses Gelegenheit gab, diese mustergültige Organisation auch persönlich kennen zu lernen.

Eine vierwöchige Studienreise, die eingehende Besichtigung von 14 unter den 17 staatlichen Kinderasylen sowie von 3 unter den 4 Kinderkrankenhäusern in der Provinz und in der Hauptstadt, endlich der Besuch einer Anzahl von Kinderkolonien und verschiedener anderer im Dienste des Kinderschutzes stehender Anstalten gaben mir den erwarteten Einblick. Ich habe aber nicht nur die ganze große Organisation und ihre einzelnen Anstalten, sondern auch die darin tätigen Menschen und den Betrieb in allen Einzelheiten kennen gelernt. Die Direktoren und Verwalter werden mir, so denke ich, das Zeugnis ausstellen, daß ich in meinen Studien ihre große Liebenswürdigkeit fleißig und vielleicht zu sehr ausgenutzt habe.

Aber ich habe auch jegliche Unterstützung im reichsten Maße genossen. Ihnen allen, die in den Provinzasylen tätig sind, kann ich nicht genug dafür danken, daß sie mit echter magyarischer Liebenswürdigkeit mir so viele Stunden ihrer wertvollen Zeit geopfert haben, um mir die Praxis zu zeigen und mit mir die Probleme der Praxis zu diskutieren. Ich darf auch nicht versäumen, rühmend die Offenheit anzuerkennen, mit der mir, dem Ausländer, von allen Kollegen begegnet wurde.

In erster Linie gebührt jedoch mein Dank dem Landesinspektor der staatlichen Kinderasyle, Herrn Ministerialrat Dr. Paul von Ruffy, der mich führte und belehrte, der mir aber auch stets Gelegenheit zu eigenen Beobachtungen geschaffen hat. Und wenn ich keinen anderen Gewinn von dieser Studienreise heimgebracht hätte: ich wäre mit dem einen zufrieden, daß ich gerade diesen Mann in seinem Berufe begleiten durfte. Unvergeßlich wird mir so manche Szene bleiben: die Beratungen mit den Anstaltsleitern, die gewinnende, von wahrer Menschenliebe getragene Art, mit Müttern, Pflegeeltern und älteren Kindern zu reden, das Interesse für alles und alles — und dann die Art, wie seine Pflegebefohlenen an ihm hingen! Wie photographische Bilder, so stehen diese Erinnerungen vor meinem Auge. So viele Menschen auch heutzutage sozial tätig sind, so wenige sind derart einzig um der Sache selbst willen und so mit Herz und Verstand bei der Sache, wie Paul von Ruffy.

Pierre Budin kenne ich nur aus seinen Arbeiten und aus unserer Korrespondenz. Ich bedaure sehr, daß es mir nicht vergönnt gewesen, ihn in seiner Tätigkeit zu sehen. Und so freue ich mich denn, unter Ruffys Führung den ungarischen Kinderschutz kennen gelernt zu haben — diesen Kinderschutz, der etwas eigenartig Großes, der mehr ist, als ein soziales Werk, und der eine ganze Weltanschauung — mit dem Kind in dem Mittelpunkte aller Dinge — birgt.

Meine Bewunderung für das System macht mich aber nicht blind für einige Mängel, die ihm anhaften; ja sie verpflichtet mich, gerade diese nicht zu verschweigen! Der ungarischen Nation, die ein jeder schon um dieses Werkes willen lieb gewinnen muß, glaube ich damit auch einen bescheidenen Dienst zu erweisen.

Staatlicher Kinderschutz in Ungarn.

I. Teil.

Über den Kinderschutz in Ungarn ist in den letzten Jahren so viel geschrieben worden, daß ich ernsthaft erwogen habe, ob nicht bei denen, welche sich für Jugendfürsorge interessieren, System und Organisation gerade des ungarischen Kinderschutzes als allgemein bekannt vorauszusetzen sind. Aber ich ersehe aus halbamtlichen Berichten der allerjüngsten Zeit, daß da doch mancherlei tatsächliche Irrtümer nicht selten sind und daß ferner der dem ungarischen Kinderschutz heute schon umgebende Nimbus mitunter das Auge des kritischen Beobachters blendet. Sodann hat es immer etwas Mißliches, Kritik zu üben, ohne den Gegenstand selbst zu schildern.

Schließlich aber würde der Leser gezwungen sein, sich zuerst an anderer Stelle über die allgemeinen Bestimmungen des ungarischen Kinderschutzes zu orientieren, da ihm sonst manche meiner Kritiken unverständlich blieben. Ich werde daher versuchen, zunächst in möglichster Kürze das System des ungarischen Kinderschutzes im Zusammenhange mit der Armengesetzgebung in Ungarn, dann seine Ausführung und endlich seine Erfolge zu schildern.

Das System.

Das Recht auf öffentliche Unterstützung in Ungarn ist durch Gesetzartikel XXII vom Jahre 1886 bestimmt. Nach § 145 ist die Gemeinde entsprechend den lokalen Verhältnissen verpflichtet, für diejenigen zuständigen Armen zu sorgen, welche sich ohne öffentliche Unterstützung nicht erhalten können. Bei übermäßiger Belastung der Gemeinde kann diese ausnahmsweise die Unterstützung des Komitates und schließlich die des Staates in Anspruch nehmen. Außerdem ist ein Zusammenschluß mehrerer oder aller Gemeinden des Komitates zu größeren Armenverbänden zulässig. Eine Ministerialverordnung vom Jahre 1889 regelt die vorläufige Fürsorgepflicht der Gemeinde, in deren Bezirk der

Hilfsbedürftige sich beim Eintritte der Hilfsbedürftigkeit aufhält, gleichgültig, ob sich dort sein Unterstützungswohnsitz befindet oder nicht.

Eine wichtige Ergänzung und Neuerung, durch die gleichzeitig die Grundlage für den staatlichen Kinderschutz geschaffen worden ist, stellt der Gesetzartikel XXI vom Jahre 1898 dar. Durch ihn wurde die Errichtung eines Landes-Krankenverpflegungsfonds bestimmt. Dieser Fonds wird aus einem gegenwärtig 5% betragenden Steuerzuschlage gebildet, dessen Höhe jährlich das Parlament bestimmt. Aus diesem Fonds werden unter anderen bestritten die Verpflegungskosten der in den Spitälern entbundenen Frauen und ihrer Neugeborenen sowie die Verpflegungskosten *der gefundenen oder behördlich für verlassen erklärten Kinder bis zu ihrem siebenten Lebensjahre*. Die Verpflegungskosten der behördlich für verlassen erklärten Kinder vom siebenten bis zum fünfzehnten Jahre hat dagegen die zuständige Gemeinde zu tragen.

In den Gesetzartikeln VIII und XXI vom Jahre 1901 und in den Erläuterungen vom 24. Juni 1903, welche die Unterschrift *Koloman Szells* tragen, haben diese Bestimmungen endgültige Gestalt und in der Ministerialverordnung (sub Zahl 60,000) vom Jahre 1907 ihren vorläufigen Abschluß gefunden. Durch die letztere Verordnung wird die Fürsorge für verwahrloste Kinder geregelt. Auf die Erläuterungen vom 24. Juni 1903 habe ich zunächst einzugehen.

Nach § 1 haben Findlinge sowie behördlich für verlassen erklärte Kinder Anspruch auf Aufnahme in ein staatliches Kinderasyl. Als verlassen sind diejenigen mittellosen Kinder unter 15 Jahren zu erklären, welche keine zu ihrer Versorgung und Erziehung verpflichteten und fähigen Angehörigen besitzen und für deren Versorgung und Erziehung die Verwandten, Wohltäter, wohltätige Anstalten oder Vereine nicht in genügender Weise Sorge tragen. Die endgültige Feststellung der Verlassenheit gehört in die Kompetenz der Waisenbehörde. Ist die Ortszuständigkeit des Kindes festgestellt, so schreitet das zuständige Waisenamt ein; ist sie jedoch *nicht* festgestellt, so ist — ohne jede vorherige Verhandlung über Zuständigkeit — dasjenige Waisenamt dazu berufen, in dessen Gebiet sich das Kind aufhält.

Die Aufnahme in das staatliche Kinderasyl kann demnach auf Grund des Einschreitens der Waisenbehörde stattfinden. Doch hat das Gesetz auch ein kürzeres Verfahren vorgesehen. In sehr dringlichen Fällen, in denen die Existenz des Kindes gefährdet ist, kann seine provisorische Aufnahme entweder auf Anordnung des Oberstuhlrichters oder des Bürgermeisters oder auf Anordnung des ärztlichen Direktors des Asyls erfolgen. Wie wichtig diese Bestimmung ist, geht daraus hervor, daß heute in der Mehrzahl der Fälle die Aufnahme der Kinder in das Asyl auf dem letztgenannten direkten Wege durch den Asyldirektor erfolgt. Provisorische Aufnahmen bedürfen der nachträglichen Bestätigung durch die Waisenbehörde; zu deren Kompetenz gehört auch die endgültige Feststellung der Verlassenheit.

Mit der Bitte um Aufnahme treten an den Asyldirektor heran: entweder die Eltern des Kindes oder auch der Gemeindevorstand oder auch irgend eine andere beliebige Person, die sich des verlassenen Kindes annimmt. Ältere Kinder melden sich vielfach auch selbst im Asyl und bitten um Aufnahme. Mit dem Kind oder mit seinen Begleitpersonen wird ein ausführliches und genaues Aufnahmsprotokoll aufgenommen, das der zuständigen Waisenbehörde als Material für ihre Entscheidung zugeht.

Auf die besonderen Bestimmungen, durch welche die Gemeinde verpflichtet wird, Kinder, die als verlassen erscheinen, unverzüglich in Obhut zu nehmen, bis sie in den Verband des Kinderasyles aufgenommen werden, brauche ich nur kurz hinzuweisen. Dagegen erscheint es mir mit Rücksicht auf die heut' übliche Praxis notwendig, die besonderen Bestimmungen über uneheliche und Waisenkinder, welche das Gesetz enthält, ausdrücklich hervorzuheben.

Es heißt dort in § 10: „Ob die Umstände der Verlassenheit und demnach die Anmeldepflicht vorliegen, prüft der Gemeindevorstand bei den außerehelichen Kindern dann, wenn er durch den Matrikelführer von der Geburt des außerehelichen Kindes verständigt wird. Bei solchen Minderjährigen, denen Vater und Mutter gestorben sind, hat die Prüfung der betreffenden Umstände und die eventuelle Berichterstattung dann zu geschehen, wenn die Todesfallsaufnahme erfolgt."

Würde diese Bestimmung immer in der rechten Weise erfüllt, dann könnte zum mindesten für die außerehelichen Kinder gewiß noch besser gesorgt werden, als es heute geschieht; wenigstens könnten sie von den ersten Lebenstagen an unter staatlichen Kinderschutz gestellt werden. Allerdings müßte dann die Prüfung der Verhältnisse wohl einer anderen Behörde als dem Gemeindevorstand übertragen werden. — Immerhin erleichtert das Gesetz die Aufnahme in den staatlichen Kinderschutz in jeder Weise und befreit sie in dringenden Fällen von allen bureaukratischen Umwegen.

Ebenso leicht wie die Aufnahme, geht unter Umständen die Entlassung des Kindes aus dem staatlichen Kinderschutze vor sich, sobald der Grund der Verlassenheit fortgefallen ist. Auch hier steht wieder dem Direktor die Befugnis zu, das Kind sofort herauszugeben, vorbehaltlich der definitiven Entscheidung durch die Waisenbehörde.

Was geschieht nun mit den Kindern, welche in den staatlichen Kinderschutz aufgenommen werden? Als Regel gilt, daß jedes Kind zunächst, und sei es auch nur für wenige Stunden, in das zuständige Kinderasyl aufgenommen wird. § 23 der Ministerialverordnung läßt nur unter ganz bestimmten Bedingungen Ausnahmen zu. Solche sind: Große räumliche Entfernung, ungünstige Witterungsverhältnisse, schlechter Gesundheitszustand des Kindes. Überdies macht § 23 diese Ausnahmen von der Erlaubnis des Asyldirektors abhängig. Es entzieht sich meiner Kenntnis, wie häufig diese Ausnahmen bei älteren Kindern vorkommen mögen.

Nach der Aufnahme ins Asyl bleibt das Kind so lange in der Anstalt, als es die Verhältnisse erfordern. Für Säuglinge lauten die einschlägigen

Bestimmungen ganz präzis: „Der Säugling ist an der Brust aufzuziehen, ausgenommen in Fällen, in denen die Mutter ihr Kind nicht stillen kann und gesundheitliche Interessen es verbieten, daß dasselbe von einer Nährmutter gestillt werde. Jede Mutter, deren Säugling in das Asyl aufgenommen ist, ist verpflichtet, ihr Kind im Asyl so lange zu stillen, als es dessen Gesundheit erfordert. Gibt man das Kind einer Nährmutter zum Stillen, so ist die eigene Mutter verpflichtet, zwei Monate hindurch im Asyl bei einem fremden Kinde Ammendienste zu verrichten. Während dieser Zeit erhält sie eine vom Chefarzt festgesetzte Bezahlung, von welcher die Pflegegebühr für ihr eigenes Kind in Abzug zu bringen ist.“

Die nicht im Asyl oder in anderen Anstalten untergebrachten Kinder werden in den staatlichen Kinderkolonien einzelnen Pflegeeltern zur Obhut übergeben. Diese Maßnahme erfolgt in der bewußten Absicht, dem Kinde das zu verschaffen, was ihm fehlt: die Obhut einer Familie. Die Asyle sollen nichts anderes sein, als sowohl Mittelpunkte für die Pflegebezirke wie auch Pflegeanstalten für *die* Kinder, die unbedingt der Anstaltspflege bedürfen. Im übrigen aber verteilt der staatliche Kinderschutz seine Schützlinge am liebsten an einzelne Familien auf dem Lande und stellt sie unter ärztliche Obhut oder neuerdings auch unter pflegerische Aufsicht.

Als Grundprinzip des staatlichen Kinderschutzes in Ungarn gilt die Bestimmung, daß das Kind nicht bei der eigenen Mutter bleibt. Eine Ausnahme von dieser Regel ist nur im Interesse des *Säuglings*schutzes vorgeschrieben. Die Ministerialverordnung spricht im § 28 von einer Unterbringung des Säuglings *bei* der Mutter und im § 29 von einer Unterbringung *mit* der Mutter. Das erstere trifft für *die* Fälle zu, in denen der Asyldirektor das Kind während und kurz nach der Stillzeit in Obhut der Mutter läßt; diese erhält dann eine Unterstützung, die nicht größer sein darf, als dreiviertel der für gewöhnlich entrichteten Pflegegebühr. Diese Art des Säuglingsschutzes ist nichts anderes, als eine Stillunterstützung, wie sie nachträglich auch in anderen Staaten eingeführt worden ist. In Ungarn aber war sie von Anbeginn an mit der Bedingung verknüpft, daß diese Kinder unter ärztliche Kontrolle gestellt werden. Am Ende der Säuglingszeit kann die Mutter ihr Kind, das sie sonst dem Asyl und fremder Pflege überlassen müßte, ohne Umstände aus dem staatlichen Kinderschutz herausnehmen.

Vielleicht noch wichtiger aber ist die Unterbringung des Kindes *mit der stillenden Mutter* in einer fremden Familie. Es handelt sich um Fälle, in denen die Mutter ohne Heim und Obdach ist, für das Kind jedoch Anstaltspflege nicht als notwendig erscheint. Durch die gemeinsame Unterbringung in einer Pflegefamilie soll der Mutter Gelegenheit gegeben werden, ihr Kind selbst zu stillen. Die Unterbringung der Kinder mit Müttern ist auf besonders geeignete Kolonien zu beschränken und bei der Wahl der Familie muß besondere Sorgfalt walten. Die Mutter kann in beschränktem Maß zu nicht anstrengender Arbeit herangezogen werden.

Nur in diesen beiden Fällen und nur für die Zeit des Stillens bleibt das Kind bei der eigenen Mutter oder mit dieser zusammen, in *allen übrigen Fällen wird das Kind einer fremden Familie zur Pflege übergeben.*

Auch für die Auswahl der Pflegestellen und besonders der stillenden Pflegeparteien trifft das Gesetz Anordnungen, welche in ihrer Zweckmäßigkeit wohl für alle Verhältnisse vorbildlich sind. Der Chefarztdirektor des Asyles hat für jedes Kind die geeigneten Pflegeeltern auszuwählen. Die Pflegemutter muß mit einem Zeugnisse, das vom Ortsvorstand und vom Koloniearzt zu unterzeichnen ist, folgendes nachweisen: daß sie in legitimer Ehe lebt oder verwitwet ist; daß sie gesund ist; daß sie eine eigene, aus Zimmer und Küche bestehende Wohnung hat; daß diese nicht überfüllt und für die Gesundheit des Kindes nicht schädlich ist. Ferner muß nachgewiesen werden: wieviel Kinder sie gehabt hat; wieviel davon am Leben sind; ob sie in solchen materiellen Verhältnissen lebt, daß sie nicht ausschließlich auf den aus der Pflege des Kindes erwachsenden Nutzen angewiesen ist; und schließlich, ob sie bereits fremde Kinder gewartet hat und mit welchem Erfolg. Auch ein Ausweis über die Unbescholtenheit darf nicht fehlen.

Niemand darf Pflegekinder annehmen, der seine eigenen dem staatlichen Kinderschutz übergeben hat. Will jedoch eine Pflegemutter einen fremden Säugling zum Stillen übernehmen, so ist ein weiteres Zeugnis des Koloniearztes notwendig, daß sie zum Stillen geeignet und nicht schwanger ist, sowie daß ihr eigenes Kind wenigstens 6 Monate alt ist und entwöhnt werden kann, oder daß es gestorben ist. Der eigene Säugling muß entwöhnt werden, ehe die Pflegemutter das andere Kind erhält. Im übrigen gelten auch für diese Stillparteien dieselben Bestimmungen wie für die Pflegeparteien überhaupt; nur kann ein Säugling auch einer ledigen Mutter übergeben werden.

Noch einer besonderen Form der Pflege ist zu gedenken: der *Familienkolonien.* Diese sind nur für die Kinder von 7—15 Jahren gedacht; es sollen je 10 oder 20 Knaben oder Mädchen in einer Familienkolonie untergebracht werden. Für die Leitung sind in erster Linie Lehrer in Betracht zu ziehen. Die Kinder sollen neben dem Schulunterrichte mit Wirtschaftsarbeiten beschäftigt werden. Diese Familienkolonien scheinen bis jetzt noch sehr selten zu sein; ich habe wenigstens keine von ihnen zu sehen bekommen.

Die bisher angeführten Bestimmungen sind im übrigen klar, eindeutig und zweckmäßig. Die Schwierigkeiten häufen sich bei der Frage: Was wird aus den Kindern nach der Entlassung aus dem staatlichen Kinderschutz?

Mit dieser Frage beschäftigte sich *Ruffy* in einem seiner letzten Vorträge und sagt dort: „Die in staatliche Obhut genommenen Kinder sollen nach Vollendung ihres 15. Lebensjahres aus dem Verbande des staatlichen Kinderschutzes entlassen werden“ — so verfügt der strenge Buchstabe des Gesetzes, aber nicht der Geist des Gesetzes, nicht die

Ausführungsbestimmungen. Dort heißt es in § 51: „Der Chefarztdirektor ist verpflichtet, durch alle ihm zur Verfügung stehenden Mittel und Wege dafür zu sorgen, daß das Fortkommen des Kindes, welches sein 15. Lebensjahr vollendet hat, durch Unterbringung in einer Familie, in einer Ökonomie, in einem Industrie- oder Handelsunternehmen, in einer wohltätigen Anstalt oder einem Verein gesichert werde.“

Das staatliche Kinderschutzwesen hat die moralische Verpflichtung, im vorhinein dafür zu sorgen, daß das Kind bei Vollendung seines 15. Lebensjahres nicht unvorbereitet der Zukunft gegenüberstehe. Diese Fürsorge muß aufrichtig und ehrlich sein. Das Asyl würde nicht ehrlich für das Kind sorgen, wenn es dasselbe der Mutter zurückgäbe, die 15 Jahre hindurch die Sorge für ihr Kind dem staatlichen Kinderschutz überlassen hat; ebensowenig darf das Kind dem Vormund ausgeliefert werden. Auch eine einfache Auslieferung an die Heimatsbehörde würde den hohen Intentionen des Systemes nicht entsprechen; ja nicht einmal als Dienstbote soll das Kind entlassen oder zur Arbeit den Fabriken überantwortet werden. Der Wunsch des Landesinspektors und wohl auch der Wunsch aller beteiligten Faktoren geht darauf hinaus: Die Kinder unter staatlichem Schutz sollen auch nach Vollendung des 15. Lebensjahres im Familienverbande der Pflegeeltern bleiben und sollen, wenn möglich, ihren Beruf in der Landwirtschaft oder im Handwerke finden.

Das ist im wesentlichen der praktische Inhalt des Systemes. Auf eine theoretische Erörterung der ethischen und philosophischen Gedanken, welche dem Systeme zugrunde liegen, kann ich mich nicht einlassen. Ich sehe in ihm nur ein bis in alle Einzelheiten vorzüglich ausgearbeitetes praktisches Werk, und ich stehe ihm lediglich als Praktiker gegenüber. Durch meine Studien habe ich versucht, mir ein Urteil darüber zu bilden, inwieweit die Idee des Gesetzgebers durch die praktische Ausführung verwirklicht wird, und inwiefern das System den tatsächlichen Anforderungen des Kinderschutzes gerecht wird.

Bevor ich auf die praktische Einführung eingehe, muß ich noch auf die besonderen Bestimmungen für die verwahrlosten Kinder zu sprechen kommen, welche ich bereits oben kurz erwähnt habe.

Mit dem Begriffe der „Verlassenheit“, wie er durch die Gesetzartikel vom Jahre 1901 und durch die Ausführungsbestimmungen vom Jahre 1903 festgesetzt worden ist, war stillschweigend auch stets das moralisch verwahrloste Kind gemeint. Dieses „latente“ Recht, wie Ruffy sagt, wurde vom Grafen Julius Andrássy in der Verordnung vom Jahre 1907 zutage gefördert. Sie unterscheidet drei Kategorien:

I. Kinder unter 15 Jahren, welche zwar kein Verbrechen oder Vergehen begangen haben, im übrigen aber verwahrlost sind;

II. Kinder, welche ein Verbrechen oder Vergehen begangen haben, jedoch zur Zeit der Tat das 12. Lebensjahr noch nicht erreicht haben,

III. Kinder, gegen welche im Alter von 12 bis 15 Jahren die Verwaltungsbehörde das Verfahren wegen Vergehen eingeleitet hat

Bei allen drei Kategorien haben die Verwaltungsbehörden zunächst zu untersuchen, ob Verlassenheit vorliegt. Ist dies der Fall, so ist in den unter I und II angeführten Fällen das Kind dem staatlichen Kinderasyle zu überweisen; dies geschieht auch dann, wenn ein Verlassensein im rechtlichen Sinne nicht vorliegt, die Behörde aber die Überzeugung gewinnt, daß das Kind in seiner jetzigen Umgebung dem moralischen Verkommen ausgesetzt oder bereits verkommen ist. Auch die unter III genannten Fälle werden dem staatlichen Kinderschutze zur Beaufsichtigung überwiesen. All diese Kinder sind von dem staatlichen Kinderasyl zum Zwecke strengerer Erziehung unter stete Aufsicht und erhöhte Kontrolle bei Pflegeeltern zu geben; und falls dies nicht ausreicht, sind sie in hiezu geeigneten staatlichen Internaten unterzubringen.

Mit der Überweisung dieser verwahrlosten Kinder, der sogenannten „Sechzigtausender",[1]) wurde den staatlichen Kinderasylen zu den bisherigen Aufgaben eine neue und gewaltige Last aufgebürdet. Wir werden im folgenden sehen, wie diese Anstalten für ihre Aufgabe ausgerüstet sind, und wie das System im ganzen praktisch durchgeführt wird.

Die praktische Ausführung.

In den Jahren 1903 bis 1908 wurden mit einem Aufwande von 5,000,000 Kronen 17 Kinderasyle in der Provinz, von denen eines mittlerweile einer anderen Bestimmung übergeben worden ist, und zum Schlusse das schöne Zentralasyl in Budapest eingerichtet, das im Jahre 1903 vollendet wurde.

Ich möchte gleich an dieser Stelle einem Irrtume begegnen, der in der neueren deutschen Literatur vorkommt. Man findet dort eine Angabe, daß alle Kinder, welche dem staatlichen Kinderschutz übergeben werden sollen, zunächst nach Budapest gebracht werden müssen, daß also das dortige Asyl die Zentralanstalt zur Aufnahme und Feststellung der Fürsorgebedürftigkeit für ganz Ungarn sei. Die Annahme entspricht nicht den Tatsachen: im Gegenteil ist mit Fug und Recht jedem einzelnen Asyl volle Selbständigkeit gewährt. Das hauptstädtische Asyl zeichnet sich durch seine Größe aus und verfügt über eine besonders ausgestattete chirurgische Abteilung sowie über eine Abteilung für augenkranke Kinder; in diese Abteilungen werden alle schweren Fälle aus der Provinz aufgenommen. Nur für diese Spezialgebiete stellt das Budapester Asyl die Zentralstelle für Ungarn dar; im übrigen bleibt es den einzelnen Asylen überlassen, die kranken Kinder entweder selbst in Pflege und Behandlung zu nehmen, oder sie nötigenfalls in ein naheliegendes Krankenhaus zu verlegen, in welchem bessere Pflegebedingungen gegeben sind.

Die Kinderasyle, die insgesamt über 812 Säuglings- und 366 Kinderbetten verfügen, sind derart über das Land verteilt, daß innerhalb der großen ungarischen Tiefebene 7 und an der Grenze dieser Tiefebene gegen die Gebirgsländer zu 9 Asyle gelegen sind. Die Asyle sind alle ungefähr

---

[1]) Die Ministerialverordnung vom Jahre 1907 ist sub Zahl 60 000 ausgegeben.

nach demselben Plan gebaut worden; einzelne sind in ihrer Außenarchitektur dem Stile der Gegend angepaßt. Die Asyle in der Provinz bestehen aus einem Hauptgebäude und zwei Nebengebäuden, von denen das eine als Wohnung des Verwalters dient, das andere ursprünglich für kranke Kinder bestimmt war. Über dieses Nebengebäude wird in den verschiedenen Asylen verschieden disponiert: in dem einen dient es zur Unterbringung älterer, besonders verwahrloster Kinder, in dem anderen zur Aufnahme von Säuglingen, im dritten als Isolierabteilung. Es hängt dies damit zusammen, daß in den Ansichten über die Frage, welche Spezialrolle den Asylen als Pflegestationen zuzuweisen sei, Einheitlichkeit noch nicht herrscht. Die Lage der einzelnen Asyle am Orte selbst ist gut gewählt; einige liegen innerhalb, andere mehr außerhalb der Stadt; einzelne sind innerhalb alter schöner Parkanlagen gelegen, wie z. B. das in Veszprém, das durch seine Lage geradezu prädestiniert ist als Sanatorium für schwächliche Kinder.

Die geographische Verteilung der Asyle im Lande ist, soweit ich es beurteilen kann, sehr zweckmäßig und geht von der Absicht aus, die verlassenen Kinder der ärmeren Bergbevölkerung nach der ungarischen Tiefebene, die nach der Hauptstadt zusammenströmenden Massen von Kindern aus mittellosen Familien nach der Peripherie des Landes zu dirigieren. Vielleicht ist danach immerhin das Budapester Asyl als eine Zentralstelle anzusehen, weil es die große Zahl der ihm zufallenden verlassenen Kinder auf andere Asyle verteilt; doch findet ein Austausch der Kinder nach Bedarf auch unter den anderen Asylen statt.

Jedes Asyl verfügt über eine Anzahl von Kolonien, das heißt von Bauerndörfern, welche für die Unterbringung der Asylkinder von dem ärztlichen Direktor des zuständigen Asyls ausgewählt und vom Landesinspektor bestätigt sind. Alle Kinder, welcher Nationalität immer sie nach ihrer Geburt angehören mögen, werden in ungarischen Familien untergebracht. An Pflegekosten werden für die Kinder gezahlt:

von 0 bis 1 Jahr	monatlich	. . . . .	14	Kronen
" 1 " 2 Jahren	"	. . . .	10	"
" 2 " 7 "	"	. . . .	8	"
" 7 " 15 "	"	. . . .	10	"

und für die mit ihrem Kinde zusammen untergebrachte Mutter monatlich 18 Kronen. Für Kinder, deren körperliche oder geistige Pflege besonders schwierig ist, werden in der Regel höhere Pflegegebühren gezahlt.

In den Kolonien sind bestimmte Ärzte mit der Beaufsichtigung der Kinder betraut. Diese Kolonieärzte erhalten als Honorar für die Kinder unter 7 Jahren pro Kopf 6 Kronen und für die über 7 Jahre pro Kopf 4 Kronen jährlich. Außerdem ist dem Chefarztdirektor des Asyls, und zwar ausdrücklich diesem selbst, die regelmäßige Kontrolle der Kolonie und der dort untergebrachten Kinder vom Gesetze zur Pflicht gemacht. Neuerdings sind den Kolonieärzten an einigen Stellen Pflegerinnen zur Hilfe in der Überwachung der Pflegefamilien an die Seite gegeben.

Weitere Einzelheiten in der praktischen Ausführung, welche aus der folgenden Darstellung ohne weiteres ersichtlich sind, möchte ich hier übergehen; aber ich darf nicht versäumen, darauf aufmerksam zu machen, daß der staatliche Kinderschutz in Ungarn schon durch die Ministerialverordnung vom Jahre 1903 nach allen Richtungen auf das allersorgfältigste ausgebaut worden ist. So sind vorgesehen: Ausschüsse für die Kolonien mit amtlicher Vertretung der Behörden, ferner Ausschüsse für die staatlichen Asyle, und schließlich ein Landesausschuß für Kinderschutzwesen, dessen Vorstand, als Vertrauensperson des Ministers des Innern, Graf Edelsheim-Gyulai, der Präsident der Kinderschutzliga ist. Alle diese Ausschüsse haben ganz bestimmte Aufgaben, die darauf ausgehen, eine möglichst breite Basis für den Kinderschutz zu schaffen. Nicht genug damit: sie stellen gleichzeitig eine feste Verbindung zwischen dem staatlichen Kinderschutz und der privaten Wohlfahrtspflege her; denn in den gesamten Ausschüssen sind staatlicher Kinderschutz, öffentliche und private Wohlfahrtspflege, Kinderschutzliga und Behörden nebeneinander vertreten.

Es ist vielleicht das Großartigste in der praktischen Ausführung des Kinderschutzwesens in Ungarn, daß neben dem staatlichen Kinderschutz eine Landeskinderschutzliga als Vertreter der privaten Wohlfahrtspflege steht, und daß diese beiden großen Organisationen ständig miteinander gemeinsam arbeiten. Schon sehr bald nach Begründung des staatlichen Kinderschutzes zeigte sich die Notwendigkeit, eine Körperschaft zu bilden, deren besondere Aufgabe es ist, den staatlichen Kinderschutz zu ergänzen, und die trotz fester Organisation doch genug Bewegungsfreiheit behält, um neue Ziele für den staatlichen Kinderschutz zu suchen.

Am 26. Februar 1906 wurde die Landeskinderschutzliga konstituiert und an ihre Spitze der hochverdiente Graf Edelsheim-Gyulai berufen. Je mehr ich von der ungarischen Kinderschutzliga lese und höre, um so mehr muß ich bedauern, daß ich dieses Werk, welches sich würdig neben den staatlichen Kinderschutz stellt, nicht ebenso eingehend wie diesen selbst habe studieren können; aber meine Zeit und Arbeitskraft war durch diesen allein vollkommen in Anspruch genommen und ich muß ohnedies fürchten, daß ich dem grandiosen Werk nicht in seinem ganzen Umfang habe gerecht werden können.

Am besten präzisiert wiederum Ruffy den Arbeitskreis des sozialen Kinderschutzwesens im Gegensatze zu dem staatlichen. Nach seiner Meinung fallen dem sozialen Kinderschutz, als dessen Vertreter wir in Ungarn die Kinderschutzliga ansehen dürfen, alle die Aufgaben zu, die heute noch außerhalb des staatlichen Kinderschutzes liegen. Der Liga ist in dem allgemeinen System die Rolle des Sekundanten für den staatlichen Kinderschutz zugewiesen. Als solchem fällt ihm auch die Aufgabe zu, gewisse Gefahren vom staatlichen Kinderschutze fernzuhalten.

Die führenden Geister im staatlichen Kinderschutze sind sich wohl bewußt, daß eine Gefahr entsteht, wenn durch den staatlichen Kinderschutz den Eltern allzu leicht die Verantwortung und die Sorge für ihr

Kind abgenommen werden. Der staatliche Kinderschutz soll nur dann eintreten, wenn die natürliche Fürsorge der Familie versagt; und damit dieses Versagen möglichst verhütet werde, soll die Familie in ihrer Fürsorge Hilfe bei dem sozialen Kinderschutze finden.

Eine wichtige Aufgabe für die soziale Wohlfahrtspflege sieht Ruffy ferner darin, daß die Liga die Aufsicht über alle Kinder ausübt, welche sich im Verbande des staatlichen Kinderschutzwesens befinden, und für deren materielle Bedürfnisse der Staat zwar sorgt, welche aber trotzdem die moralische Aufsicht nicht entbehren können. Ausdrücklich wird hervorgehoben, daß die soziale Fürsorge fürs Kind, wie sie die Nationalliga beabsichtigt, nicht ein unabhängiges System neben dem staatlichen Kinderschutze darstellt, sondern daß sie nur dazu bestimmt ist, ihn zu ergänzen. Zu den besonderen Obliegenheiten der Liga gehört übrigens die Fürsorge für die Ausländerkinder in Ungarn und für die ungarischen Kinder im Auslande.

Das Arbeitsgebiet der Nationalliga ist naturgemäß fast noch ausgedehnter als das des staatlichen Kinderschutzes. Wir begegnen ihrer Tätigkeit überall da, wo dem staatlichen Kinderschutze Grenzen gezogen sind; so z. B. in der Fürsorge für ältere und für verwahrloste Kinder.

Ich habe bereits oben darauf hingewiesen, daß in Ungarn ernsthaft die Frage erwogen wurde, in welcher Weise am besten für die Kinder nach dem 15. Lebensjahre, also nach Entlassung aus dem staatlichen Kinderschutze, zu sorgen ist. Man strebt danach, das Kind nach Ablauf dieser Zeit auch weiterhin im Familienverbande der Pflegeeltern zu lassen. Aus diesem Grunde richtet man, bevor das Kind das 12. Lebensjahr erreicht hat, an die Pflegeeltern die Frage, ob sie dem Kind auch nach Vollendung des 15. Lebensjahres Obdach gewähren wollen. Wollen sie dies nicht, so wird das Kind anderweitig untergebracht, und zwar dann am liebsten in einem der Heime, in welchem die Kinder für einen bestimmten Beruf vorgebildet werden. Diese Heime sind Gründungen der Kinderschutzliga (und anderer Kinderschutzvereine) und stehen, ebenso wie die Erziehungshäuser für schwer erziehbare oder verwahrloste Kinder, unter ihrer Aufsicht.

Wir sehen also, wie die soziale Wohlfahrtspflege, verkörpert in der Kinderschutzliga, überall da zugreift, wo der staatliche Kinderschutz noch nicht oder nicht mehr seine Wirkung ausübt: vor der Geburt durch die Fürsorge für Schwangere, nach Ablauf des staatlichen Kinderschutzes durch die Fürsorge für Jugendliche und schließlich durch die Sorge für alle Kinder, welche von der Norm abweichen.

Um jedoch dem Leser eine Vorstellung von dem Umfange des staatlichen Kinderschutzes in Ungarn zu geben, muß ich, bevor ich dieses Kapitel schließe, einige Zeilen anführen, die ich dem im Jahre 1909 erschienenen offiziellen Werk „Le droit de l'enfant abandonné et le système Hongrois de protection de l'enfance" entnehme[1].

---

[1] Ouvrage publié sous les auspices du ministère royal de l'intérieur de Hongrie par Zoltán de Bosnyák, Docteur des sciences politiques, chef de section au ministère.

Die Zahl der unter staatlichem Kinderschutz stehenden Kinder betrug

am Ende des Jahres	1903	16.697
" " " "	1904	20.969
" " " "	1905	25.900
" " " "	1906	28.154
" " " "	1907	35.159
" " " "	1908	44.499.

Die Zahl der gleichzeitig unter Aufsicht stehenden Kinder wird bis Ende des Jahres 1918 steigen. Denn da das Gesetz im Jahre 1903 in Kraft getreten ist, ein großer Teil der Kinder aber im Säuglingsalter aufgenommen wird, so wird das Gleichgewicht zwischen Aufnahme und Entlassung hergestellt werden, sobald das Kinderschutzwesen 15 Jahre besteht. Um eine Übersicht über die Verteilung der Kinder auf die einzelnen Asyle und über diese selbst zu geben, führe ich die folgende Tabelle an, welche den Stand vom 31. Dezember 1908 angibt.

1. Arad	1.843
2. Budapest	8.079
3. Debreczen	3.130
4. Gyula	1.646
5. Kaschau (Kassa)	1.358
6. Kecskemét	3.350
7. Klausenburg (Kolozsvár)	1.320
8. Marosvásárhely	852
9. Munkács	1.818
10. Großwardein (Nagyvárad)	2.078
11. Fünfkirchen (Pécs)	1.808
12. Rimaszombat	1.631
13. Szabadka	2.026
14. Szeged	4.031
15. Steinamanger (Szombathely)	3.320
16. Temesvár	2.465
17. Veszprém	2.059
Insgesamt	44.499

Nun wäre weiter von Interesse die Frage, in welchem Alter die Kinder in den staatlichen Kinderschutz eintreten. Allein ich will nicht zu weit in diese Statistiken eingehen, sondern möchte nur anführen, daß die Zahl der ehelichen Kinder, welche in den staatlichen Kinderschutz gegeben werden, in steigender Zunahme begriffen ist.

---

royal de l'Intérieur de Hongrie, et comte L. Edelsheim-Gyulai, Président du comité national de protection de l'enfance. Avec une préface de M. le comte Jules Andrássy, ministre royal de l'Intérieur de Hongrie, membre de l'Académie Hongroise.

Im Jahre 1903 betrug ihre Zahl . . . 39·82 Proz.
„ „ 1908 „ „ „ . . . . 52·69 „
aller aufgenommenen Kinder. Zum Schlusse führe ich nur noch an, daß die Gesamtkosten für den staatlichen Kinderschutz im Jahre 1908 6,409.483 Kronen betragen haben, also pro Kind und Jahr 160·60 Kronen.

Aus meinem Reisetagebuch.

Um das Bild lebendiger zu gestalten und um dem Leser eine bessere Vorstellung von dem zu geben, was in Ungarn auf dem Gebiete des Kinderschutzes wirklich geleistet wird, möchte ich einige meiner Besuche in den Anstalten und diese selbst kurz beschreiben.

Von Koloniedörfern habe ich drei besucht, welche sich durch Lage und Bevölkerung wesentlich unterscheiden und gewissermaßen als Typen gelten können.

Die Kolonie Nadudvar bei Debreczen liegt in der großen ungarischen Tiefebene; das Dorf ist weit auseinander gezogen und wird im großen Umkreise von einzelnen Gehöften (Tanyen) umgeben. In dem ungefähr 10.000 Einwohner zählenden Dorfe waren zirka 290 Asylkinder untergebracht, darunter etwa 30 Säuglinge. Unter Führung von Ministerialrat von Ruffy und in Begleitung des Koloniearztes gingen wir von einem Gehöfte zum andern, um die Pflegekinder zu besuchen. Sie wurden vorgestellt; das Kontrollbuch, das überall sofort bei der Hand war, wurde vorgelegt; und es wurden zwischen Landesinspektor, Asyldirektor und Pflegeeltern, eventuell unter Hinzuziehung des Koloniearztes, der sich allerdings zumeist mehr im Hintergrunde hielt, alle die Fragen erörtert, welche sich irgendwie auf die Fürsorge fürs Kind beziehen.

Aufgefallen ist mir bei den Besuchen, daß die Säuglinge meist kein eigenes Bett haben, sondern entweder im Bette des Erwachsenen oder in irgendeiner Ecke der Ofenbank untergebracht waren. Recht gut in der Erinnerung ist mir eine Pflegefamilie geblieben — der Mann war ein Schuhmacher —, in der neben den eigenen Kindern der Familie 3 oder 4 Pflegekinder untergebracht waren, allerdings kein Säugling. Alle Kinder waren gut gehalten und der Mann sagte selbst, er möchte auch von den Pflegekindern keines wieder hergeben.

Die Familien, welche ich gesehen habe, waren wohl ärmlich, aber nicht arm. Die kleinen Fachwerkhäuser bestehen zumeist aus einer in der Mitte gelegenen Diele und zwei Wohn- respektive Schlafräumen. Vom Vorplatze, der fast bei allen diesen Häusern durch das überhängende Dach vor Regen und Sonne etwas geschützt ist, betritt man unmittelbar die Diele. Ihr oft einziges Hauptinventarstück ist ein großer Ofen, der in die eine Wand so eingebaut ist, daß das anstoßende Schlafzimmer mitgeheizt wird. Rechts und links von der Diele liegen die beiden Schlafzimmer.

Vergleiche ich die ungarischen Dörfer, welche ich gesehen habe, mit unseren Dörfern, vielleicht in Brandenburg und Schlesien, so möchte ich

hervorheben, daß die Häuser der ungarischen Landbevölkerung fast allesamt außerordentlich sauber und häufig mit Erzeugnissen des bäuerlichen Kunstgewerbes (in Nadudvar Töpferei) ausgeschmückt sind. Beiden gemeinsam aber ist das Absperren von Licht und Luft in den Wohn- und Schlafräumen — die Leute machen kein Fenster auf, genau wie bei uns. Das ist ein Verstoß gegen die Hygiene, welcher sich beim Erwachsenen und beim älteren Kinde, die den ganzen Tag im Freien sind, weniger bemerkbar macht, welcher aber wohl den Säugling trifft, der fast überall dick verpackt im Innern des Hauses gehalten wird, während doch die Vordiele die beste Gelegenheit gäbe, den Säugling in die günstigsten hygienischen Verhältnisse zu bringen.

Einen noch besseren Eindruck machte eine Kolonie Gyorok bei Arad, welche wunderhübsch an den Vorbergen des Hegyesgebirges gelegen ist. Die Häuser liegen dichter beisammen, zumeist in geschlossenen Höfen, die von der Straße aus wie Vorgärten wirken. In der Kolonie waren nicht wenige Säuglinge untergebracht; wir wurden dort von einer Pflegerin geführt, welche über alle ihre Pfleglinge ausgezeichnet Bescheid wußte und die Leute selbst samt ihren Verhältnissen so gut kannte, wie man es wohl selten bei einem Koloniearzte finden dürfte. Das, was ihr vielleicht noch an spezieller Ausbildung fehlte, ersetzte die Dame in vollem Maß durch ihr lebendiges Interesse an der Sache. Auch in Gedanken möchte ich von der Kolonie nicht Abschied nehmen, ohne der liebenswürdigen Gastfreundschaft des Herrn Obernotars und seiner Familie zu gedenken; der Nachmittag in der Kolonie und der Abend in Arad werden uns unvergeßlich bleiben.

Ebenso die Kolonie György-Falva, die wir unter Führung des Herrn Kollegen Genersich von Klausenburg aus an einem regnerischen Sonntag Nachmittag besuchten. Das Dorf liegt im Gebirge; im Aussehen der Äcker und Häuser wie der Leute selbst spricht sich eine gewisse Wohlhabenheit aus. Malerisch schön war der Anblick, als wir die Dorfstraße mit all den stattlichen Bauern und Bäuerinnen in ihrer bunten, hübschen Landestracht belebt sahen. An dem Sonntag Nachmittag war alles, Männer und Frauen und Kinder, auf der Straße beieinander; hin und wieder war auch in den Höfen eine größere Anzahl von Männern versammelt. Die hochgewachsenen Männer in ihrer Sonntagstracht, mit blendend weißen Leinenröcken, boten einen schönen Anblick; und besonders erfreulich war, daß alle nüchtern waren. Der Kollege erzählte, daß in dem ganzen Dorf von 1700 Einwohnern keine Kneipe existiert, nur zwei Stellen, an denen Schnaps verkauft wird. Dieselbe Beobachtung der Nüchternheit der Bewohner habe ich überall in den ungarischen Dörfern gemacht, die ich besucht; bei der ausgesprochenen Geselligkeit der Leute ist es auffällig genug. In György-Falva waren 350 Asylkinder untergebracht, darunter etwa 40 Säuglinge. Wir haben nur wenige Häuser selbst besucht; dagegen machte ich dort die ärztliche Vorstellung der Kinder im Gemeindehause mit. Säuglinge habe ich vielleicht nur 6 oder 7 gesehen; die älteren Kinder sahen zumeist recht gut aus.

Jedenfalls habe ich bei den Koloniebesuchen den Eindruck gewonnen, als ob namentlich die älteren Kinder recht gut untergebracht seien und von den Pflegeeltern vollkommen als Mitglieder der Familie angesehen werden. Die Unterbringung der Säuglinge erschien mir weniger gut.

Von Kinderkrankenhäusern bestehen in Ungarn (außerhalb Budapests) 4, und zwar in Preßburg, Arad, Steinamanger (Szombathely) und Großwardein (Nagyvarad). Die drei letzteren habe ich besucht; das älteste von ihnen ist das in Großwardein, das unter der Leitung des bekannten Kinderarztes Dr. Schiff steht. Das Material, besonders an Infektionskrankheiten, ist außergewöhnlich gut, die Anstalt eine private Stiftung, die sich im wesentlichen selbst erhält. Die Kurkosten betragen 1·44 Kronen und werden entweder von den Patienten oder vom Staate getragen; Säuglinge werden nicht aufgenommen. Der ganze Betrieb im Hause, die Pflege der Kinder und die Sauberkeit machten einen ausgezeichneten Eindruck. Übrigens besteht die Absicht, für das Kinderspital einen Neubau an der Stadtgrenze zu errichten.

Die beiden anderen Kinderspitäler habe ich nur im Rohbau kennen gelernt. Das in Arad, welches im Januar 1910 in Betrieb gesetzt werden sollte, erschien mir in seiner ganzen Anlage und in der Verteilung der Räumlichkeiten sehr zweckmäßig. — Ich bedaure, von dem in Steinamanger nicht dasselbe sagen zu können, obgleich es das größte von den ungarischen Kinderspitälern ist. Das Spital ist mit staatlicher Unterstützung vom „Weißen Kreuz" für 360.000 Kronen gebaut und besteht aus einem Hauptgebäude, aus Pavillons für Infektionskrankheiten, speziell für Tuberkulose, und aus einer Wäscherei; später soll noch ein Stockwerk auf das Hauptgebäude und auf den Infektionspavillon aufgesetzt werden. Die Isolierung scheint mir schon jetzt, wo im Infektionspavillon nur zwei Infektionskrankheiten untergebracht sind, nicht leicht zu sein; sie wird noch viel schwerer werden, wenn dann vier Infektionskrankheiten untergebracht werden sollen. Daß die Veranden nach Nordwesten gelegen sind, wird sich unangenehm bemerkbar machen; noch mehr aber, daß Kanzlei, Poliklinik und Wartezimmer schlecht disponiert sind; am meisten aber werden der Mangel an Nebenräumen und die vollkommene Unzulänglichkeit der Wirtschaftsräume stören.

Ich komme nunmehr zu einer Reihe von Gründungen der ungarischen Kinderschutzliga, von welchen mir in der ganzen Anlage eine besser gefallen hat, als die andere. So besuchte ich in Rimaszombat ein Krüppelheim, das in einem alten geräumigen Gebäude schöne große Räume zur Verfügung hat, und besuchte von dem gleichen Asyl aus eine Haushaltungsschule in Tamástala, die auf einem ehemaligen Gutshofe, ziemlich weit von der Stadt, untergebracht ist. Der Gutshof oder vielmehr das Landgut ist vorläufig von der Kinderschutzliga gepachtet, soll aber später gekauft werden. Die Mädchen, alle in dem Alter über 12 Jahre stehend und ausschließlich aus den staatlichen Asylen überwiesen, wohnen dort draußen und beteiligen sich an allen Arbeiten in Küche, Wäscherei, Stubenwirtschaft und Gartenbau, welche das Landgut bietet.

Die Mädchen machten sämtlich einen vorzüglichen Eindruck. Wenn übrigens das Bestreben des staatlichen Kinderschutzes und der Kinderschutzliga darauf ausgeht, die Mädchen nicht für den Dienst in der Familie, sondern für die Landwirtschaft auszubilden, so möchte ich das doch nicht so unbedingt für richtig halten, wenn auch die Absicht sehr wohl verständlich ist. Aber für das weitere Fortkommen der Mädchen würde vielleicht besser gesorgt werden können, wenn sie nach einer vernünftigen Ausbildung eine Stellung in einer Familie anträten.

Einen ebenso guten Eindruck wie diese Haushaltungsschule auf dem Lande, machte das Mädchenheim in Temesvar, das als Heim für Mädchen gilt, welche in Familien Dienst tun. Das Heim, mitten in der Stadt gelegen, ist etwas eng, aber nett und gemütlich. Wir trafen bei unserem Besuche nur zwei der Mädchen im Hause, welche in der Küche beschäftigt waren; die übrigen befanden sich auf Arbeit in der Familie.

Ich kann an dieser Stelle den Besuch in einem Lehrlingsheim anschließen. Es war in Kolozsvar, wo wir an einem Sonntagvormittage das Lehrlingsheim besuchten[1]. Das Heim ist in der Stadt gelegen, auf städtischem Grund und Boden von der Kinderschutzliga errichtet und von ihr unterhalten. Es bietet für 40 Lehrlinge Raum und wird von verschiedenen Seiten aus unterstützt, vom Staate und von der Stadt. Die Lehrlinge wohnen im Heime und haben dort ihre Verpflegung. Sie gehen am Vormittage von 6—12 und am Nachmittage von $^1/_2$2—7 Uhr zu ihrem Meister auf Arbeit. Die Sauberkeit im Hause, die Ordnung in allen Räumen, die Güte der Küche und das gute Aussehen aller Insassen stellen dem Ehepaare, welches an der Spitze des Heimes steht, das beste Zeugnis aus. Den günstigsten Eindruck aber machte die gute, fröhliche Stimmung, die unter den Jungen herrschte und die uns im Gegensatze zu der gedrückten Stimmung unter den Verwahrlosten in den sonstigen Asylen sehr angenehm auffiel.

Von diesen letzteren habe ich eines, das Arpad Otthon bei Szeged, besucht. Diese Anstalt soll der Erziehung von Knaben dienen, welche sittlicher Verwahrlosung ausgesetzt oder bereits verwahrlost sind. Das System ist Familienerziehung. Man hat in der Nähe von Szeged ein Gehöft in ungarischem Stile erbaut, bestehend aus einem Hauptgebäude, zwei Nebengebäuden und einem Wirtschaftsgebäude. Die 40 Knaben sind in zwei Familien geteilt, jede Familie bewohnt ein Häuschen. Im Hauptgebäude befinden sich die Wohnung des Direktors, die Schule und die Arbeitsräume. Von den 40 Kindern sind 39 Asylkinder. Die Knaben werden im Sommer mit Garten- und Feldarbeit, im Winter mit Tischlerarbeiten beschäftigt. Die dort erzielten Erziehungsresultate sind fast zu gut; ich glaube, daß man unter den verwahrlosten Kindern die leicht erziehbarsten eigens für diesen Versuch ausgewählt hat.

Den großartigsten Eindruck aber von all den Anstalten hat auf

[1] Außerdem bestehen gleiche Lehrlingsheime in Nagyvarad und Szeged.

mich die in die Verwaltung des Justizministeriums gehörende staatliche Besserungsanstalt in K a s s a gemacht. Die Anstalt ist im Jahre 1905 für zunächst 300 Knaben gegründet und soll später noch bedeutend erweitert werden. Die Baukosten allein sollen etwa 5,000,000 Kronen betragen haben. In der Anstalt sind Knaben im Alter von 12—20 Jahren untergebracht, welche entweder wegen Vergehen oder wegen Verbrechen bereits vorbestraft sind oder von der Armenbehörde oder von den Eltern zur Erziehung überwiesen werden, weil diese selbst mit ihnen nicht fertig werden. Die Aufgabe der Anstalt besteht darin, die verwahrlosten Knaben zu erziehen und sie für ein Gewerbe vorzubilden. Der Lehrgang dauert 4 Jahre; nach dieser Zeit werden von der Anstalt aus, wie es heißt, die ausgebildeten Gesellen sehr leicht untergebracht. Am Ende der vierjährigen Ausbildung müssen die Lehrlinge ein Examen ablegen; über jede Entlassung entscheidet die Direktion in ihrer Gesamtheit und sie findet zunächst auf Probe statt.

In der Anstalt selbst sind die Kinder nach Familien von je 30 Knaben eingeteilt, und zwar womöglich nach Gewerben, so daß der betreffende Fachlehrer das Familienoberhaupt bildet.

Das Lehrpersonal in der Anstalt ist erstklassig. Die Gewerbe, welche gelehrt und betrieben werden, sind: Weberei, Schreinerei, Schusterei, Schlosserei, Lederarbeiten und schließlich Feld- und Gartenarbeit. Es werden bessere Arbeiten, besonders Leder- und Möbelarbeiten, auch für Private angefertigt; zunächst aber besteht die Absicht, Gebrauchsgegenstände herzustellen, wie Schuhe und Kleider für den eigenen Bedarf, für die Insassen der Gefängnisse und für alle staatlichen Institute. Im Anfange wurden der Anstalt von der Industrie Schwierigkeiten gemacht, weil diese eine unerlaubte Konkurrenz fürchtete. Die Anstalt sucht dies dadurch zu vermeiden, daß sie keine Fabrikarbeit herstellt, und hat das Interesse der Industrie dadurch gewonnen, daß sie der Privatindustrie gelernte, gut ausgebildete Arbeiter zur Verfügung stellt. Das, was wir im Hause an ausgeführten Arbeiten, an Lederarbeiten, Möbeln und Webereien gesehen haben, war zum allergrößten Teil sehr schön, die gärtnerischen Anlagen prachtvoll. Das Betragen der Knaben war höflich und anständig und man gewann den Eindruck, daß sie Freude an ihrer Arbeit haben. Aber das Gefährliche an der ganzen Sache ist einerseits, daß unbemittelte Eltern sich sagen müssen: ein verwahrlostes Kind wird dort besser erzogen, als wir selbst unsere normalen Kinder ausbilden können, und andererseits, daß für die Erziehung dieser jugendlichen Verbrecher und Verwahrlosten in der Anstalt jährlich etwa 2000 Kronen pro Kopf ausgegeben werden.

Aber selbst wenn man in der Fürsorge für die Jugend, besonders für die verwahrloste Jugend, an einigen Stellen zu weit geht, so ist dies doch nur ein Beweis dafür, mit welcher Energie, mit welchem Aufwand von Arbeit und Geldmitteln die ungarische Nation bemüht ist, soziale Schädigungen von der Jugend fern zu halten oder, falls sie bereits vorhanden sind, sie auszuheilen.

Erfolge.

Wenn ein derartig großes Werk geschaffen wird, wie es der ungarische Kinderschutz ist, und wenn dieses Werk so außerordentlich sorgfältig ausgearbeitet wird: dann hätte man erwarten dürfen, daß mit derselben Gründlichkeit Methoden beraten werden, um die erreichten Erfolge festzustellen.

Dies trifft jedoch nicht zu. Gewiß hat der Gesetzgeber nicht versäumt, Aufsichtsinstanzen und Kontrollbehörden verschiedenen Grades für den gesamten Kinderschutz zu schaffen, und er hat diese Aufsicht einzelnen Personen anvertraut. Wenn nicht aus der Verwaltung, so könnten wir doch von unserer Großindustrie lernen, daß es für ein kompliziertes System keine bessere Aufsicht und Leitung geben kann, als einen einzelnen Menschen, der keine Arbeit scheut, um sich von der Ausführung und von den Erfolgen zu überzeugen, der aber auch die volle Verantwortung für sein Ressort trägt.

Der ungarische Kinderschutz hat sich im Gesetze diese Erfahrung für manche andere öffentliche Wohlfahrtsbestrebungen zunutze gemacht. Die Kolonien stehen unter der Aufsicht der Kolonieärzte; die gesamten Kolonien eines Bezirkes sowie das zugehörige Asyl stehen unter der verantwortlichen Leitung des Chefarztdirektors, dem für die Verwaltungsaufgaben ein Verwalter an die Seite gegeben ist; und die Gesamtheit der staatlichen Asyle untersteht der Aufsicht des Landesinspektors der staatlichen Kinderasyle. Der gegenwärtige Landesinspektor, Herr Ministerialrat von Ruffy, beschränkt sich nicht etwa auf bureaukratische Prüfung der Verwaltung, der Kasse und der Registratur, wenn auch diese selbstverständlich notwendig ist; er versäumt vielmehr nie, auch die Kolonien zu besuchen, sich persönlich von dem Zustande der Pflegestellen und von den Verhältnissen der Leute ebenso zu überzeugen, wie er es von den Asyldirektoren erwartet.

Wie die Erfolge im einzelnen Falle zu prüfen sind, ist schwer zu sagen. Da gilt es, die häuslichen Verhältnisse der Pflegefamilie zu berücksichtigen, die Gesundheit des Kindes, seine körperliche und geistige Entwicklung, seine Erziehung zu beurteilen. Auch in diesen einzelnen Fällen gibt es, meiner Ansicht nach, kein besseres Urteil, als das eines verständigen Menschen. Und so muß ich es nach meinen eigenen Erfahrungen auf dem Gebiete der Wohlfahrtspflege im großen und im kleinen Stile für einen besonderen Vorzug des ungarischen Systems erklären, daß nicht Ausschüssen, sondern Einzelpersonen die Aufsicht und die Verantwortung für die einzelnen Gebiete des Kinderschutzes übertragen wird. Um aber ein abschließendes Urteil über die Erfolge zu bekommen, dazu reicht diese Art der Prüfung nicht aus.

Zu dem persönlichen subjektiven Urteil, und mag es noch so zuverlässig sein, muß sich eine objektive Prüfung gesellen. Diese objektiven Beweise, wie sie schließlich doch nur durch eine einwandfreie Statistik geschaffen werden, haben bisher gefehlt; und dieser Mangel hat sich

ganz besonders bemerkbar gemacht in der einen Frage: Was leistet der ungarische Kinderschutz in der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit? Ich meine, gerade diese Zahlen hätten sich einwandfrei erbringen lassen, während anderes, z. B. die Verwahrlosung und die erzieherischen Erfolge, viel schwerer, vielleicht überhaupt nicht, statistisch zu erfassen, vielmehr nur subjektiv zu beurteilen ist.

Es ist zwar in ungarischen Arbeiten, namentlich in denen eines Autors, von den Erfolgen des ungarischen Kinderschutzes auch in der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit wiederholt die Rede gewesen. Doch sind diese Zahlen im besten Falle nur als Vergleichszahlen zu gebrauchen; sie sind methodisch keineswegs einwandsfrei und können nie die Grundlage für eine objektive Prüfung der Erfolge bilden. Ich halte es für ein außerordentliches Verdienst von Kollegen Berend, daß er eine einwandsfreie Statistik zusammengestellt hat und diese Zahlen der allgemeinen Prüfung zugänglich gemacht hat. Das Vertrauen zum ungarischen Kinderschutz, der ja immer als Vorbild hingestellt wird, kann auf diese Weise im Ausland nur gestärkt werden.

Zur Zeit meiner Studienreise in Ungarn gab es, wie gesagt, derartige Zahlen nicht; ich war vielmehr darauf angewiesen, mich durch eigene Beobachtungen zu überzeugen, wie dieses bewundernswerte System in die Wirklichkeit umgesetzt wird, wie die einzelnen Organe funktionieren und welche Erfolge erreicht werden. Ich kann nicht umhin, auch an dieser Stelle den Leitern der Provinzasyle und besonders Herrn Ministerialrat v. Ruffy meinen herzlichsten Dank dafür zu sagen, daß sie mir nicht nur nichts verheimlicht haben, sondern daß sie im Gegenteil alle bemüht waren, mich so wenig wie möglich zu beeinflussen und mir möglichst viel Material zuzutragen, damit ich mir selbst mein Urteil bilden könne.

Irren ist menschlich! Es ist sehr wohl möglich, daß mein Urteil an der einen oder anderen Stelle nicht richtig ist; jedenfalls kann ich wohl das eine sagen, daß ich bemüht gewesen bin, vorurteilsfrei und nüchtern zu prüfen. Ich möchte sogar noch eines sagen: Ich habe lange geschwankt, ob ich ein Recht habe, das große Material, das mir durch die Liebenswürdigkeit und den Freimut der Kollegen zugänglich geworden ist, für eine Kritik zu verwenden. Es kommt dazu, daß ich persönlich in Ungarn so unendlich viel liebenswürdiges Entgegenkommen in jeder Beziehung gefunden habe, daß ich mich zu der Diskretion verpflichtet fühle, wie man sie in der Familie von einem lieben Gastfreund erwartet. Aber alle diese Bedenken sind mir geschwunden. Die ungarische Nation ist über Kleinlichkeiten erhaben, und der ungarische Kinderschutz ist ein so bewundernswertes Werk, daß jede ehrliche Kritik zunächst nur seine Lichtseiten hervorheben muß, und daß sie darum doppelt verpflichtet ist, auch die Schattenseiten zur Sprache zu bringen, zumal da diese nicht allzu schwer zu beseitigen sind.

Schließlich aber ist gerade in Ungarn die Internationalität des Kinderschutzes betont worden; die ungarischen Gesetzgeber haben ihr

System auf Grund der in den Kulturländern gesammelten Erfahrungen aufgebaut. Vom praktischen Standpunkt aus sehe ich das Werk als ein Experiment im größten Stil an; und darum sind die Erfolge des Experimentes für alle Kulturnationen von Wichtigkeit. Wir werden uns daran gewöhnen müssen, auch soziale Aufgaben und soziale Erfolge zur Prüfung dem nüchternen Experimente zu unterwerfen. Als ein Experiment in diesem Sinne sehe ich z. B. die Organisation des Findelwesens in Österreich, ferner die in Schweden, ebenso die Ausführung der Loi Roussel in Frankreich und schließlich die ganze moderne Säuglingsfürsorge in Deutschland an.

Ist nun wirklich der Kinderschutz, wie doch gesagt wird, eine internationale Sache, dann müssen alle Völker aus den Erfahrungen, welche die ungarische Nation mit ihrem großen sozialen Werke macht, lernen; und darum müssen die Versuchsbedingungen des Experimentes, wie es durch das Gesetz und durch seine Ausführungsbestimmungen geschehen ist, klar festgelegt und müssen die Erfolge des Experimentes ebenso unzweideutig veröffentlicht werden.

II. Teil.

Ergebnisse meiner Studien.

Bevor der staatliche Kinderschutz in Ungarn eingerichtet worden ist, hatte es an Fürsorge fürs Kind nichts anderes gegeben als das, was von privater Wohltätigkeit freiwillig geschaffen worden war. Die ungarischen Schriftsteller heben hervor, daß die dortige Gesetzgebung in der Lage war, ohne jene Rücksicht auf geschichtliche Entwicklung und auf historische Vorrechte, wie sie z. B. in manchen Ländern den Findelanstalten vorbehalten sind, eine neue Organisation nach modernen Gesichtspunkten frei zu schaffen.

Außerordentlich sorgfältige Erhebungen im eigenen Land und eingehende Studien im Ausland müssen vorhergegangen sein, ehe dieses System zur Tat wurde. Der staatliche Kinderschutz in Ungarn stellt nicht den Schlußstein einer jahrelangen Entwicklung dar, sondern ist wie aus einem Guß als Ganzes entstanden. Das ist wohl sein größter Vorzug; daraus erklären sich aber auch einige Mängel. Für die Genialität der Schöpfer des ungarischen Kinderschutzes spricht die Tatsache, daß die Grundidee des Gesetzes auch heute noch über jeder Kritik steht und daß die Änderungen, welche an den Ausführungsbestimmungen vom Jahre 1903 vorgenommen wurden, keine Verbesserungen sind.

Was das System selbst anbelangt, so habe ich bereits mehrfach rühmend hervorgehoben, daß allen Beamten, besonders den Asyldirektoren, große Machtbefugnisse, gleichzeitig aber auch eine außerordentlich große persönliche Verantwortung übertragen wird. Ferner finde ich es ganz ausgezeichnet, daß alle anderen Interessen, und in erster Linie die bureaukratischen, dem Interesse des Kindes untergeordnet werden, das allein maßgebend ist. Das Verdienst der ungarischen Nation wird es bleiben, zuerst von allen Kulturnationen im Gesetze das Recht des Kindes so unbedingt in den Vordergrund gestellt zu haben. Im einzelnen verdienen gerade die Bestimmungen über offene Säuglingsfürsorge die höchste Anerkennung; nur hat da die praktische Ausführung mit den Intentionen nicht gleichen Schritt gehalten.

Im Systeme gibt es nur 2 Bestimmungen, deren Berechtigung nicht ohne weiteres zweifelsfrei erscheint. Einmal wird bei den unehelichen Kindern zu wenig auf die Heranziehung der Väter zur Alimentierung

ihrer Kinder geachtet, während die Mütter durch die Verpflichtung zum Stillen und zum Aufenthalt im Asyl nicht wenig belastet werden. Das Gesetz bietet heute schon die Handhabe, um uneheliche Kinder, sobald die Geburt gemeldet wird, unter staatlichen Kinderschutz zu stellen. Man braucht nun dem staatlichen Kinderschutz nur die Berufsvormundschaft über alle unehelichen Kinder zu übertragen, so wird ihm auch die Pflicht erwachsen, die Väter der unehelichen Kinder nach Möglichkeit zur Tragung der Kosten heranzuziehen. Da eine solche Bestimmung dem Rechte des Kindes und dem Schutze des Kindes nicht widerspricht, sondern im Gegenteil ihm dient, so müßte sie, meiner Ansicht nach, im Sinne des Gesetzes sein.

Ferner wird dem ungarischen Kinderschutze der Vorwurf gemacht, daß manches Kind zu Unrecht des natürlichen Schutzes durch die Familie beraubt wird. In dieser Hinsicht gibt wohl zu den schwersten Bedenken die Bestimmung Anlaß, daß das Kind im staatlichen Kinderschutze nach der Säuglingszeit nicht bei der eigenen Mutter bleiben darf, sondern bei einer fremden Familie in Pflege gegeben wird. Allen diesen Fragen gegenüber stelle ich mich auf den praktischen Standpunkt, und von diesem aus erscheinen die Bestimmungen des ungarischen Gesetzes durchaus berechtigt. Über das Prinzip, das in der letzteren Bestimmung vertreten ist, läßt sich streiten; aber im Interesse des Kindes ist es zweifellos besser, wenn das Kind unter staatliche Obhut genommen wird, als wenn es in einer Familie verbleibt, die an seinem Ergehen kein Interesse hat.

Wir sehen auch bei uns in Deutschland, daß von den unehelichen Kindern diejenigen, welche in fremde Pflege gegeben sind, in der Regel weniger gefährdet sind als die, welche bei oder mit der Mutter in der mütterlichen Familie untergebracht sind. Wir dürfen es dem ungarischen Kinderschutze nur hoch anrechnen, daß er sich von allen ethischen Bedenken frei gemacht und nur die eine Frage als leitenden Gesichtspunkt aufgestellt hat: Was ist im Interesse des Kindes am besten? Den denkbar besten Schutz für das verlassene Kind, das des natürlichen Schutzes beraubt ist, will die ungarische Gesetzgebung schaffen; zur Erreichung dieses Zieles schiebt sie alle anderen Gesichtspunkte beiseite. Voraussetzung für dieses ganze System ist aber, daß der staatliche Kinderschutz einen vollen Ersatz für den Schutz der Familie gewährleiste; und das hängt nicht nur vom System, sondern von der praktischen Ausführung ab.

Ich sagte oben, daß der größte Vorzug des ungarischen Kinderschutzes seine Einheitlichkeit ist, die dadurch ermöglicht wurde, daß das ganze Werk mit einmal, fast aus dem Nichts, erschaffen wurde; ich fügte aber auch hinzu, daß in dieser plötzlichen Schöpfung gleichzeitig die Ursache einiger Mängel liegt, deren Beseitigung die nächste Aufgabe des ungarischen Kinderschutzwesens ist. In Ungarn kamen auf Grund des Gesetzartikels XXI vom Jahre 1898 schon im ersten Jahre gegen 14000 Kinder unter staatlichen Schutz. Es wurden innerhalb weniger Jahre

17 Anstalten in der Provinz gebaut und es galt, den Betrieb mit allen seinen Einzelheiten in denkbar kürzester Zeit in Gang zu bringen. Es liegt in der Natur der Sache, daß manche Betriebsstörungen eintraten und daß die Schwierigkeiten erst langsam überwunden werden müssen.

Aber dem staatlichen Kinderschutze wurde vom Ministerium eine zweite Kraftleistung zugemutet, und zwar durch die Ministerialverordnung vom Jahre 1907, durch die Übertragung der Fürsorge für die verwahrlosten Kinder. Jedem, der diese große Organisation heute betrachtet, ist es ohne weiteres klar, welche Schwierigkeiten dem ungarischen Staate daraus erwachsen mußten, für diese neuerbauten Anstalten, für diese große Zahl von Kindern, die von Jahr zu Jahr unverhältnismäßig anwuchs, das notwendige Beamten-, Aufsichts- und Pflegepersonal bereitzustellen. Bis heute noch steckt der staatliche Kinderschutz Ungarns in diesen Personalschwierigkeiten, die ihm von seiner Gründung anhaften.

Wohldurchdacht und musterhaft ist im Systeme die Verteilung der Arbeit auf die verschiedenen Beamten. Ich habe nur die Einwendung zu machen, daß das gesamte Personal für die schwierigen Aufgaben, die ihm gestellt werden, an Zahl und heute noch an Ausbildung unzureichend ist.

Welch hohe Anforderungen werden an die Beamten, besonders an die Asyldirektoren, gestellt! Diese Herren sind mit administrativen Arbeiten stark belastet; man gibt ihnen aber dazu eine nicht geringe Bürde von Arbeiten auf ärztlichem Gebiet, deren lange Reihe im § 14 der Ministerialverordnung vom Jahre 1903 angeführt ist. Dazu sind die Direktoren, wie die Ärzte überhaupt, vom Staate aus nicht so gestellt, daß sie auf Privatpraxis verzichten könnten. Man hat also den Asyldirektoren eine Unmenge von Arbeiten aufgebürdet, ohne sich Rechenschaft zu geben, ob es für die Herren überhaupt möglich ist, diese Pflichten so zu erfüllen, wie es das Gesetz erwartet; und mit der Zunahme der Kinderzahl unter staatlichem Schutz sind die Direktoren und Beamten keineswegs von unwichtigen Amtsgeschäften entlastet und ebensowenig das Hilfspersonal entsprechend vermehrt worden.

Dazu kommt, daß an die Asyldirektoren sehr hohe Ansprüche in der fachlichen Ausbildung gestellt werden. Man setzt voraus, daß sie Spezialkenntnisse auf dem Gebiete der Kinderheilkunde und besonders der Säuglingsernährung besitzen; man erwartet aber weiter besondere Befähigung für die Beurteilung und Behandlung verwahrloster, psychopatischer und abnormer Kinder. Auch in einem Lande mit viel größerer Bevölkerungszahl, als es Ungarn ist, würde es Schwierigkeiten machen, für 17 große Anstalten für Kinder und Säuglinge die geeigneten Leiter mit guter Ausbildung ausfindig zu machen. Ich darf daran erinnern, daß im dem ungarischen Kinderschutz im Lauf eines Jahres 5000—6000 verwahrloste Kinder aufgenommen und in die verschiedenen Asyle verteilt worden sind. Da soll nun der Asyldirektor sich ein Urteil darüber bilden, welche Art von Verwahrlosung vorliegt, ob es sich um eine pathologische Ver-

schlagung oder ob es sich um Mangel an Erziehung, Mangel an Pflege handelt. Der Direktor soll aber weiterhin entscheiden, was mit diesem Kinde nun zu geschehen hat, ob Familien- oder Anstaltserziehung in Betracht kommt. Er soll im ersteren Falle die geeignete Familie dafür auswählen und der Familie einen Rat geben, wie sie mit dem betreffenden Kind umzugehen habe.

Wer jemals mit verwahrlosten Kindern zu tun gehabt hat, weiß, wie schwer diese Entscheidungen von Fall zu Fall zu treffen sind. Es gehören dazu einmal ärztliche Ausbildung und dann pädagogische Befähigung. Das mindeste, das man vom staatlichen Kinderschutz erwarten muß, ist, daß in dieser Frage Arzt und Pädagoge gemeinsam arbeiten und das beiden eine Beobachtungsstation zur Verfügung steht, in der sie gemeinsam die verwahrlosten Kinder beobachten, um sich ein Urteil über das Kind und über die einzuschlagende Behandlung bilden zu können. Ich brauche in dieser Hinsicht Vorschläge überhaupt nicht zu machen; denn der Weg ist von dem Direktor des Kinderasyles in Nagyvarad, Herrn Dr. Edelmann, bereits mit Erfolg beschritten, und dort ist eine Menge intensiver Arbeit bereits geleistet worden. Der Kollege hat mir davon erzählt, daß von den verwahrlosten Kinder drei Krankengeschichten aufgenommen werden, eine vom Arzte, die zweite vom Pädagogen und die dritte vom Kinde selbst, das seine eigene Lebensgeschichte schreibt. Dieses Material zusammen mit der Beobachtung durch Arzt und Pflegepersonal muß die beste Grundlage für die Beurteilung des Kindes bilden.

Mängel in der Ausbildung irgend welchen Personales sind immer etwas Relatives; es kommt darauf an, welche Anforderungen gestellt werden; und da, wie ich bereits gesagt, vom ungarischen Kinderschutz außerordentlich hohe Anforderungen gestellt werden, kann ich von diesen Mängeln um so eher sprechen, ohne mich eines Verstoßes gegen Kollegialität schuldig zu machen, als bei fast allen Provinzialasyldirektoren das ernsteste Bestreben besteht, ihren Pflichten gerecht zu werden und ihre Ausbildung zu ergänzen. Pflicht der aufsichtsführenden Behörde ist es, diesem Bestreben in beiden Richtungen entgegenzukommen.

Zur Unterstützung des Chefarztes ist nach Bedarf ein Sekundararzt vorgesehen. In den meisten Asylen war jedoch diese Stelle, die pro Jahr mit 1200 Kronen neben freier Verpflegung dotiert ist, zur Zeit meiner Studienreise unbesetzt. Bei den vielen Obliegenheiten, die dem Chefarzt zugedacht sind, kann auch dies nur für einen Mangel gelten. Es besteht eine direkte Bestimmung, daß der Chefarzt selbst die Kolonien und die in den Kolonien untergebrachten Kinder regelmäßig zu kontrollieren hat. Das bedingt, je nach der Lage der Kolonie, eine mehr oder weniger lang dauernde Abwesenheit von der Asylstadt; und darum allein ist schon ein ärztlicher Vertreter im Asyl unbedingt notwendig. Ich kann mir nicht denken, wie man sonst kranke Säuglinge in Anstaltspflege mit ausreichender Sorgfalt zu überwachen vermöchte.

Man unterschätzt doch wohl die Summe von Fürsorge, welche in einer rechten Familie Kindern zuteil wird, wenn man ein an Zahl enge-

nügendes Personal, möge es auch noch so eifrig seine Pflicht tun, mit der ärztlichen, pflegerischen und erzieherischen Aufsicht über die unter staatlichem Schutz stehenden Kinder betraut. Sehe ich jetzt auch von den besonders gefährdeten Kindern (den Säuglingen und den Verwahrlosten) ab, so legt doch allein schon die Beaufsichtigung der Erziehung der normalen Kinder den leitenden Persönlichkeiten eine große Verantwortung auf. Dazu kommt, daß es in einigen Gegenden Schwierigkeiten macht, den Asylkindern den notwendigen Schulunterricht erteilen zu lassen. Denn die konfessionellen Schulen lehnen in einigen Städten die Aufnahme der Asylkinder ab; und so bleibt nur die Möglichkeit, in diesen Gegenden staatliche Schulen zu gründen, in denen die Asylkinder selbstverständlich Aufnahme finden.

Ich möchte bei der Überwachung der Erziehung nicht so weit gehen, wie der Direktor des Kinderasyls in Großwardein (Nagyvarad), welcher sich bis ins einzelne um das Fortkommen der Kinder in der Schule kümmert. Bleiben sie zurück, so macht er die Pflegeeltern dafür verantwortlich; bleibt das Kind in derselben Klasse zum zweiten Male sitzen, so untersucht er das Kind auf seinen Gesundheitszustand und bringt es eventuell in einer anderen Pflege unter. Mit dieser ganz persönlichen Fürsorge geht der Chefarzt an die Grenze dessen, was der öffentlichen Fürsorge als Aufgabe zufällt. Denn es liegt im Sinne staatlicher Fürsorge, daß die unter ihrer Aufsicht stehenden Kinder nicht besser gestellt seien, als die in Familien derselben Gesellschaftsklasse, welche selbst für ihre Kinder zu sorgen haben.

Aber diese Fälle, in denen die Fürsorge vielleicht schon zu weit geht, dürften doch nur zu den Ausnahmen gehören. Größer ist die Gefahr, daß die Fürsorge im Gegenteil zu wenig individualisieren kann; und diese Gefahr muß dann eintreten, wenn ein Mißverhältnis zwischen der Menge der unter Aufsicht stehenden Kinder und der Zahl der Aufsichtspersonen besteht. Der staatliche Kinderschutz in Ungarn sucht dieser Gefahr zunächst dadurch zu begegnen, daß er die Hilfe der freiwilligen Wohlfahrtspflege, d. i. der Kinderschutzliga, gerade für die Überwachung der Erziehung in weitestem Maß heranzieht, und ferner dadurch, daß er an dieser Arbeit die große Menge des Volkes, die in den Pflegefamilien repräsentiert wird, beteiligt. Aber schon die Beaufsichtigung dieser Arbeit, mag sie auch von privater Wohlfahrtspflege geleistet werden, nimmt einen großen Teil der Arbeitskraft der angestellten Beamten in Anspruch. Versagt jedoch das Beamtenpersonal, so werden zunächst die Gruppen von Kindern zu kurz kommen, die an ärztliche Behandlung, Pflege und Erziehung besonders hohe Anforderungen stellen.

Und nun zu dem Pflegepersonal der Asyle! Es gibt kaum ein einziges Kinderasyl in Ungarn, dessen Pflegepersonal modernen Ansprüchen genügt. Auch das muß am meisten bei den Säuglingen und da wieder bei den kranken Säuglingen hervortreten. Ich habe z. B. in Krankengeschichten die Nahrungsmengen der Säuglinge verzeichnet gefunden und habe dabei konstatiert, daß angeblich ein Kind an der Brust

der Mutter oder einer Amme regelmäßig 100 Gramm pro Mahlzeit trinkt. Es ist vollkommen ausgeschlossen, daß ein Kind spontan an der Brust der Mutter stets gleiche Mengen trinkt. Ich habe an anderer Stelle gesehen, daß bei den Nahrungsmengen der Brustkinder nur runde Zahlen angenommen waren, und zwar von 50 zu 50, also z. B. für einzelne Mahlzeiten 100 oder 50 oder 150. Auch das ist ausgeschlossen; es müßte denn sein, daß die betreffende Säuglingswage nur Ausschläge von 50 zu 50 gibt. Dann taugt die Wage nichts. Oder aber die Wägungen werden von Pflegerinnen — möglicherweise aus Mangel an Zeit — nicht sorgfältig genug ausgeführt. Jedenfalls findet der Arzt in solchen Angaben keinen Anhaltspunkt für seine diätetischen Maßnahmen.

Alle diese und ähnliche Beobachtungen kann ich nur für den Ausdruck dessen halten, daß das Pflegepersonal entweder an Zahl oder an Ausbildung unzureichend ist. Meiner Meinung nach trifft beides zu. Auch in den ungarischen Kinderasylen, wie in so manchen Säuglingsheimen bei uns oder in anderen Staaten, wird damit gerechnet, daß die mit den Kindern aufgenommenen Mütter oder die Ammen einen Teil des Pflegepersonales ersetzen. Das ist ein Irrtum, der leicht verständlich ist, aber es i s t ein Irrtum. Die Mütter und Ammen erfordern bei ihrer Arbeit eine so sorgfältige Überwachung, daß der Wert ihrer Arbeit dadurch recht gering wird. Wir wollen doch nichts beschönigen und wollen uns nicht selbst täuschen. Ich denke, ich werde bei allen denen, welche Säuglings- und Mütterheime leiten, volle Zustimmung finden. Wir wollen nur daran denken, welche Mühe es macht, das Abspritzen der Frauenmilch, die wir für die Ernährung kranker Säuglinge so nötig gebrauchen, so zu überwachen, daß es tatsächlich Frauenmilch ist. Wollen wir uns vor Täuschungen bewahren, so sollte nichts ohne Aufsicht vor sich gehen.

Säuglinge und verwahrloste Kinder stellen aber an die Beobachtungsfähigkeit des Pflegepersonales so hohe Anforderungen, daß gerade die besten gut genug sind.

Für die Mängel der Pflege in den ungarischen Asylen möchte ich noch ein weiteres Beispiel anführen. Die Asyle sind, wie ich schon sagte, fast in allen Städten sehr günstig gelegen, so daß Luft und Licht zur Genüge zur Verfügung stehen würden, wenn man nur davon Gebrauch machen wollte. Aber dies geschieht nicht. Es liegt wohl aber kaum daran, daß die Ärzte eine Abneigung gegen Freiluft- und Lichtbehandlung gerade der Säuglinge haben, sondern vielmehr daran, daß das Pflegepersonal nur schwer die genügende Zeit findet, um die Säuglinge in den Garten hinauszubringen. Das Asyl in V e s z p r é m war das einzige, in welchem ich die Säuglinge außerhalb der Anstalt gefunden habe. Die schönen Gärten der Asyle würden sich für einen Aufenthalt der Kinder im Freien ganz anderes ausnutzen lassen als es gegenwärtig der Fall ist, und alle Räume würden sich in den modernen Häusern viel besser lüften lassen, als es jetzt geschieht.

Wenn ich aber nun schon an dem Personal der Asyle Ausstellungen zu machen habe, so noch vielmehr an der Aufsicht in den Kolonien. Ich

habe nicht den Eindruck gewinnen können, daß dort die ärztliche Aufsicht ausreichend sei. Nun kann man mir sagen, daß für die meisten Kinder der Schutz der Pflegefamilie ebenso ausreicht wie für die eigenen Kinder der Familie. Gewiß, das mag in vielen Fällen zutreffen, aber wiederum nicht für Säuglinge. Das ungarische Gesetz und seine Ausführungsbestimmungen gehen von der Voraussetzung aus, daß jedes Kind entweder von der eigenen Mutter oder von einer anderen Frau gestillt wird. Das trifft schon für die Asyle nicht zu, und ich bezweifle es noch viel mehr für die Pflegestellen in den Kolonien.

Vor allen Dingen fehlt es an einer einwandfreien Kontrolle, ob die Kinder wirklich gestillt werden. Sie sind entweder bei der Mutter oder mit der Mutter oder bei einer stillenden Pflegefrau untergebracht. In den beiden letzteren Fällen nimmt man an, die Pflegefamilie werde schon in ihrem eigenen Interesse dafür sorgen, daß das Kind auch gestillt wird; denn geschieht dies nicht, so muß die Pflegefamilie die Nahrung für das Kind kaufen. Ich glaube, daß das in manchen Fällen eine Rolle spielt, würde aber unter keinen Umständen darauf verzichten, das Stillen kontrollieren zu lassen. Dem staatlichen Kinderschutz ist es nicht gerade dienlich, wenn Stillunterstützungen an nicht stillende Mütter gewährt werden.

Also auch für die Überwachung in den Kolonien trifft dasselbe zu, was ich an den Asylen getadelt habe: eine unzulängliche Zahl von Aufsichtsbeamten und eine unzureichende Ausbildung für die besonderen Aufgaben. Das ist auch der Punkt, an welchem der staatliche Kinderschutz mit größter Energie eingreifen muß, wenn er die Mängel beseitigen will. Zunächst hat er versucht, durch Einstellung von Pflegerinnen in einzelnen Kolonien Abhilfe zu schaffen. Unzweifelhaft müssen diese Maßnahmen Erfolg haben, denn noch überall hat sich gezeigt, daß in der offenen Fürsorge pflegerische Aufsicht ebenso notwendig ist wie ärztliche. Aber auch da wieder ist die unerläßliche Vorbedingung für den Erfolg eine gute Ausbildung der Pflegerinnen.

Wenn ich von Personalschwierigkeiten spreche, muß ich zum Schluß auch noch auf die Pflegefamilien zu sprechen kommen. Ich glaube, daß auch in dieser Hinsicht der Gedanke des Gesetzgebers bisher nicht in vollem Umfang hat verwirklicht werden können. Ich möchte vollauf das unterschreiben, was Ruffy davon sagt: „In den meisten Familien sehen die Pflegeeltern die anvertrauten Kinder als eigene Familienmitglieder an und behalten sie in ihrem Familienverband, sogar noch nach Vollendung des fünfzehnten Lebensjahres; und wenn heute unser ungarischer Kinderschutz — quod Deus avertat — mit einem Federstriche gestrichen würde, so ist es mir nur um diejenigen bange, welche der Staat in Zukunft in seinen Schutz nehmen soll, nicht aber um jene, die bereits den Schutz des Staates genießen und in dem Verbande verläßlicher Familien untergebracht sind." — Auch ich habe solche Familien gesehen, in denen die Kinder auf das allerbeste untergebracht waren; aber ich habe auch an einzelnen Stellen gehört, daß es den Asyldirektoren nicht

geringe Mühe bereitet, geeignete Gemeinden für Kolonien und in diesen geeignete Pflegefamilien ausfindig zu machen — vor allen Dingen aber stillende Frauen, welche bereit sind, ein anderes Kind an die Brust zu legen. Es müßte ein ganz besonderes Glück für das ungarische Volk sein, wenn es in seinen gesunden Familien die unendlich große Zahl von Kindern, die verlassen sind, zu assimilieren vermöchte. Mir erscheint dies für die Zukunft des staatlichen Kinderschutzes und für die Vitalität der Nation wichtiger, aber auch schwerer, als die Kosten für den staatlichen Kinderschutz aufzubringen, mögen sie auch 10.000.000 Kronen jährlich betragen.

Diese Personalschwierigkeiten, die in der unzureichenden Zahl und in der unzulänglichen Ausbildung ihre Ursache haben, dürften gegenwärtig, wenn es sich darum handelt, greifbare Erfolge zu erzielen, die größte Bedeutung haben.

Es kommen aber bei der Ausführung des Gesetzes auch einige sachliche Schwierigkeiten hinzu, die den Erfolg hemmen. Man merkt dem ungarischen Kinderschutz an, daß das ganze System von hervorragend philosophisch beanlagten und sozial denkenden Verwaltungsbeamten ausgearbeitet ist. In dieser Richtung ist es, soweit ich es beurteilen kann, ein Vorbild für alle Zeiten; das aber, was dem Systeme fehlt, das ist der Ausbau nach ärztlich-hygienischer Richtung. Und doch sind dafür die glänzendsten Vorbedingungen gegeben. Denn selbst im Säuglingsschutz ist an den Ministerialverordnungen heute noch kaum etwas zu ändern; wohl aber sind auszufüllende Lücken vorhanden, und es besteht ein Mangel an Einheitlichkeit, welcher der praktischen Ausführung des Systemes durchaus nicht förderlich ist.

Was die Lücken des Systemes betrifft, so ist es merkwürdig genug, daß bisher ein direkter Zusammenhang zwischen den Entbindungsanstalten, auch wenn sie staatlich sind, und dem staatlichen Kinderschutze nicht hergestellt ist. Ich habe wenigstens vielfach darüber klagen hören, daß aus Hebammenlehranstalten die Mütter in die Stadt oder aufs Land zu ihrer Familie entlassen werden und daß diese sich vielfach mit ihren Kindern im Asyl erst dann einfinden, wenn diese erkrankt oder bereits abgestillt sind. Ich weiß nicht, ob es seine Richtigkeit damit hat, daß viele Mütter mit Absicht erst dann, wenn sie nicht mehr stillen, das Asyl aufsuchen, um dem Zwang der Aufnahme zu entgehen; jedenfalls aber müßte da ein Riegel vorgeschoben werden. Ein Weg zur Abhilfe wäre vielleicht der, daß man bei den Müttern, welche ihre Entbindung in den Entbindungsanstalten durchmachen, nachfragen läßt, in welcher Weise in der Zukunft für das Kind gesorgt werden soll, und ob sie das Kind dem staatlichen Kinderschutz übergeben wollen.

Auch zu der Hebammenausbildung muß der staatliche Kinderschutz in Beziehung treten, wie es an einzelnen Stellen bereits geschehen ist. In Nagyvarad beteiligen sich der Direktor des Kinderasyles, Dr. Edelmann, und der Direktor des Kinderkrankenhauses, Dr. Schiff, am Unterricht und an der Prüfung der Hebammenzöglinge. Von ersterem

stammt die folgende Übersicht über die Vorträge, welche er nach beendigtem halbjährigen Kurses den Hebammenzöglingen zu halten pflegt:

1. Die Hebamme als Ratgeberin der zukünftigen Mutter und der Mutter.
2. Die Vorteile der natürlichen Ernährung.
3. Die Bedeutung der Muttermilch.
4. Warum soll jede Mutter ihren Säugling selbst stillen?
5. Die Vorbereitung der Mutter zum Stillen.
6. Wann kann auch die Muttermilch schaden?
7. Wann kann es ausnahmsweise notwendig werden, eine Säugamme zu nehmen?
8. Die Ammenwahl.
9. Die Ammenfrage.
10. Die Hebamme und die Ammenfrage.
11. Die Nachteile der künstlichen Ernährung.
12. Kindermehle.
13. Die Engelmacherei.
14. Die Rolle der Säuglingswage bei der Säuglingsernährung.
15. Asepsis in der Säuglingspflege.
16. Die Pflege der frühgeborenen Säuglinge.
17. Die Augenblennorrhoe der Neugeborenen.
18. Schädliche Gewohnheiten.
19. Aberglaube, abergläubische Gewohnheiten.
20. Der Kampf gegen diese.
21. Die Rolle der Hebamme in der Bekämpfung der Säuglings- (Kinder-) Sterblichkeit.
22. Kinderschutz, Kinderschutzanstalten, staatliche Kinderasyle.

Schlimmer aber als einzelne solcher Lücken, wie es der fehlende Anschluß an die Entbindungsanstalten ist, macht sich im staatlichen Kinderschutze der Mangel an Einheitlichkeit in der praktischen Ausführung bemerkbar. Wer von Asyl zu Asyl kommt und überall seine Beobachtungen macht, gewinnt den Eindruck, daß vor allen Dingen in den Fragen des Säuglingsschutzes ein einheitliches Prinzip noch nicht ausgearbeitet ist, sondern daß man sich noch im Stadium des Herumprobierens befindet.

Nun ist es außerordentlich erfreulich, daß eine so große Organisation, wie der staatliche Kinderschutz in Ungarn, in seinen Asylen ausgezeichnete Versuchsstationen — ich bitte diesen Ausdruck nicht mißzuverstehen — zur Verfügung hat, in welchen die verschiedenen Methoden des Kinderschutzes mit allen Hilfsmitteln auf ihren Erfolg hin geprüft werden können. Dann aber ist es notwendig, daß unter den Leitern der Versuche eine regelmäßige Aussprache stattfinde und daß einzelne Stellen von unnützen Versuchen abgehalten werden.

Die Versorgung der Säuglinge in den Asylen und in den Pflegefamilien ist an verschiedenen Stellen außerordentlich verschieden. Ein Blick auf die Tabelle zeigt, wie sehr sich die Verhältniszahlen der drei Pflegearten (bei der Mutter, mit der Mutter, fremde Pflege) in den verschiedenen Bezirken unterscheiden:

Von 100 Kindern im ersten Lebensjahre sind:

Name des Asyles	bei der Mutter	mit der Mutter	in fremder Pflege
1. Arad	0·95	67·77	31·28
2. Budapest	0·44	23·01	76·55
3. Debreczen	1·47	29·98	68·55
4. Gyula	1·34	34·78	63·88
5. Kaschau (Kassa)	6·45	57·75	35·08
6. Kecskemét	12·24	25·11	62·65
7. Klausenburg (Kolozsvár)	7·95	38·64	53·41
8. Marosvásárhely	—	11·11	88·89
9. Munkács	8·68	6·04	85·28
10. Großwardein (Nagyvárad)	49·82	29·36	20·82
11. Fünfkirchen (Pécs)	0·58	46·49	52·93
12. Rimaszombat	10·78	72·16	17·06
13. Szabadka	0·44	50·24	49·32
14. Szeged	8·79	39·69	51·52
15. Steinamanger (Szombathely)	8·86	31·03	60·11
16. Temesvár	22·20	41·92	35·88
17. Veszprém	1·88	46·73	52·39
Insgesamt	8·39	38·34	53·27

Es hat dies zum Teil vielleicht in den Sitten der Gegend oder in besonderen lokalen Verhältnissen seine Ursache, zum Teil aber auch in besonderen Anschauungen der Asyldirektoren; und diese Differenzen machen sich auch auf anderen Gebieten bemerkbar. Der eine Direktor sagte mir: es werden alle Säuglinge ausnahmslos gestillt, und wenn es nicht der Fall ist, wird der Arzt betrogen. Das heißt, dem Asyldirektor wie den Kolonieärzten wird absichtlich verheimlicht, daß das Kind künstliche Ernährung erhält. In einem anderen Asyl werden nicht wenige der dort untergebrachten Säuglinge künstlich ernährt, entweder weil nicht Ammen genug zur Verfügung sind oder weil der Direktor ein wissenschaftliches Interesse an Versuchen mit künstlicher Ernährung hat oder aus sonst einem Grunde, der sich meiner Kenntnis entzieht.

Jedenfalls widerspricht es dem Sinne des Gesetzes, wenn in einzelnen Asylen schwächliche, kränkliche Säuglinge sogar in fremde Pflege zur künstlichen Ernährung gegeben werden, da nach Angabe des Direktors Mangel an stillenden Pflegeparteien vorhanden ist. Es entzieht sich meiner Beurteilung, ob tatsächlich ein solcher Mangel besteht oder ob solche Pflegeparteien nicht mit genügendem Eifer gesucht werden.

Ein weiterer Unterschied in der Behandlung der Säuglinge beruht darin, daß der eine Direktor nur wenig Säuglinge in seinem Asyle hat, der andere viel, daß sodann jener die Säuglinge möglichst kurze Zeit im Asyle behält und so schnell als möglich in einer Pflegefamilie unterbringt,

dieser dagegen sich auf den Standpunkt stellt, für Säuglinge, besonders für schwächliche, sei die ständige ärztliche Aufsicht im Asyl unbedingt notwendig. Aber noch weiter: der eine Asyldirektor bringt die Säuglinge in fremden Familien in der Asylstadt selbst unter, um sie möglichst oft sehen zu können; der andere bringt sie dagegen mit Vorliebe in der Kolonie unter. Nun ist es wohl sicher, daß diese Entschließungen in ganz bestimmten Erwägungen der Direktoren ihre Ursache haben; und es ist sehr wohl möglich, daß die Unterschiede ihrer Anschauungen in besonderen Volkssitten der betreffenden Gegend ihre Ursache haben. Ich bin auch der letzte, der für ein Land wie Ungarn eine unbedingte Uniformierung des Kinderschutzes empfehlen möchte. Ich muß es immer wieder als einen Vorzug des ungarischen Kinderschutzes rühmen, daß das Gesetz den Asyldirektoren Bewegungsfreiheit läßt, so daß es nicht ein toter Buchstabe bleibt, sondern fortwährende Anregung zum weiteren Ausbaue gibt.

So wird z. B. in Nagyvarad der Versuch gemacht, eine Mutter, welche im Asyle neben ihrem eigenen Kind ein fremdes gestillt hat, mit beiden Kindern in einer fremden Familie unterzubringen, unter der Voraussetzung, daß sie beide Kinder auch dort wieder stillt, und in der Annahme, daß die Pflegefamilie darauf achtet, weil sie ja sonst die Kuhmilch für die künstliche Ernährung der Kinder bezahlen müßte. Übrigens wird in diesem Falle für beide Kinder gezahlt. — Ich habe vergessen, zu erwähnen, daß eine Mutter, die im Asyl ein fremdes Kind mitstillt, in der Regel pro Monat eine Entschädigung von 5 Kronen erhält.

Aber noch ein zweiter Versuch in derselben Richtung ist von dem rührigen Direktor des Kinderasyls in Nagyvarad gemacht worden, und zwar auch in der Absicht, für zwei Kinder gleichzeitig zu sorgen und das alte Band der Milchbruderschaft zu benutzen, um für das fremde Kind und seine Mutter einen festen Anschluß an die Pflegefamilie herzustellen. Milchreiche Mütter werden mit ihrem Kinde auf der Kolonie in einer Pflegefamilie untergebracht, in welcher ein Säugling gestillt werden soll. Die Mutter des Asylkindes tut Ammendienst bei dem Kinde der Pflegefamilie. Und um Mißbrauch nach Möglichkeit zu verhüten, wird folgender Vertrag zwischen beiden Parteien abgeschlossen:

Vertrag mit der Pflegepartei.

Ich Unterfertigter nehme ohne jedes Entgelt in mein Haus das Kind
(Name, Alter), welches in Obhut des königlich ungarischen Staatsasyls zu Nagyvarad steht. Ich nehme in mein Haus auch die Mutter des Kindes, welche ihr Kind stillt, und verpflichte mich, daß ich beiden bis zur Entwöhnung des Kindes vollständige Verpflegung gewähre.

Als Gegendienst beanspruche ich, daß die Frau, welche ich in mein Haus aufgenommen habe, neben ihrem eigenen Kind auch mein Kind stillt, aber nur falls mein Kind nicht krank ist, das heißt, nicht eine solche Krankheit hat, welche für die fremde Frau und ihr Kind von Nachteil wäre. Hiervon kann der Chefarzt des Kinderasyls sich in jedem Fall überzeugen; dieses Recht steht ihm immer zu. Die stillende Mutter hat

in meinem Hause auch häusliche Arbeiten zu verrichten, aber nur in solchem Maß, daß sie in der Pflege ihres Kindes nicht gestört wird.

Die Mutter, die ich in mein Haus genommen habe, darf ihr eigenes Kind weder in fremde Pflege geben, noch darf sie dasselbe künstlich ernähren. Sobald ich derartiges wahrnehme, ist es meine Pflicht und Schuldigkeit, dies dem Chefarzt des Kinderasyls anzuzeigen; ich behalte auch die Frau nicht länger in meinem Hause.

Ich gebe meine Einwilligung dazu, daß der Arzt des Kinderasyls (der Koloniearzt) den Säugling der Mutter ständig beaufsichtigt. Ich erlaube auch, daß die Mutter ihr Kind anfangs wöchentlich, später zweiwöchentlich in die Wohnung des Arztes behufs Untersuchung trägt.

Ich bin jedoch jeder Verantwortung überhoben, wenn die Frau, die ich in mein Haus genommen, zu wenig Milch hat, um 2 Kinder ernähren zu können, wenn sie krank wird und infolgedessen nicht stillen kann, oder wenn ihr Betragen nicht entsprechend ist. In allen diesen Fällen bin ich verpflichtet, der Direktion des Kinderasyls Anzeige zu erstatten.

Nagyvárad. Unterschrift von 2 Zeugen.

Übrigens wird durch die Bestimmung der Ministerialverordnung vom Jahre 1903, § 14, Absatz 14, die Vermittlung von Ammen durch die staatlichen Asyle gutgeheißen. Es heißt dort: „Der Chefarztdirektor vermittelt die Unterbringung der in der Anstalt überflüssigen Ammen bei privaten Familien.“ Von diesem Rechte machen die Asyldirektoren kaum noch irgend welchen Gebrauch.

Zusammenfassung und Schluß.

Versuche ich nun, mein Urteil über den staatlichen Kinderschutz in Ungarn zusammenzufassen, so muß ich vor allem dem Systeme meine volle Bewunderung aussprechen; und diese wird auch nicht verringert, wenn ich an der praktischen Ausführung noch einige Mängel auszustellen habe.

Der staatliche Kinderschutz in Ungarn, so wie er heute organisiert ist und so wie seine Organe ausgebildet sind, reicht für den Schutz der normalen Kinder jenseits des Säuglingsalters aus; aber er ist unvollkommen für die besonders gefährdeten Kinder, welche an Behandlung, Pflege und Aufsicht erhöhte Anforderungen stellen. Es sind heute über 50.000 Kinder in Ungarn unter staatlichem Schutz; diese große Zahl legt der Fürsorge des Staates eine so große Last auf, daß zum mindesten in den ersten Betriebsjahren die Arbeitskraft des Beamtenpersonals und seiner Hilfskräfte kaum den Pflichten gerecht werden kann. Die Schwierigkeiten müssen sich naturgemäß besonders dann geltend machen, wenn es sich um die Versorgung kranker Kinder oder um die von verwahrlosten Kindern oder um die von Säuglingen handelt.

Die Versorgung kranker Kinder hat schon in der jüngsten Zeit erhebliche Fortschritte gemacht, seit in der Provinz neue Kinderkrankenhäuser entstanden sind und weitere nach Bedarf errichtet werden.

Die Fürsorge für verwahrloste Kinder, ihre klinische und pädagogische Beobachtung und die Auswahl der Therapie sollten lediglich einzelnen Anstalten überwiesen werden, für die ich dem ungarischen Kinderschutz solche Leiter, wie Dr. Edelmann, nur wünschen möchte. Ob in einzelnen Asylen lediglich Beobachtungsstationen für verwahrloste Kinder ange-

schlossen und ob die eigentliche Behandlung den Anstalten der Kinderschutzliga überwiesen werden soll, das ist eine Frage, die ich nicht zu entscheiden wage. Jedenfalls aber kommt sowohl für die kranken Kinder wie auch für die verwahrlosten die ergänzende Fürsorgetätigkeit der Landes-Kinderschutzliga außerordentlich stark in Betracht.

Am schwierigsten auszugestalten dürfte die Organisation des Säuglingsschutzes sein. Wir verdanken dem ungarischen Kinderschutz eine Organisation der offenen Säuglingsfürsorge, mit der er den anderen Kulturstaaten in dieser Beziehung weit vorangeschritten ist. Es ist fast zu viel verlangt, wenn wir nun von ihm in gleicher Weise eine mustergültige geschlossene Fürsorge erwarten. Doch ist ein wirklicher Erfolg der offenen Fürsorge nicht möglich, wenn nicht gleichzeitig die geschlossene geregelt ist. Ich brauche auf diese Frage nicht näher einzugehen, sondern möchte hier auf meinen Aufsatz im ersten Heft der „Ergebnisse der Säuglingsfürsorge" verweisen und hier nur meine Meinung resumieren:

Die Mütter ohne Heim sollten schon in den letzten Wochen der Schwangerschaft, zur Entbindung und für die ersten Tage nach der Entbindung in den Entbindungsanstalten Aufnahme finden; Mutter und Kind sollten aus diesen Anstalten direkt in die Aufsicht des staatlichen Kinderasyles übergehen. Es kommt darauf an, daß die Säuglinge so frühzeitig als nur irgend möglich, wenn nicht unter staatlichen Kinderschutz, so doch in allen ärmeren Familien unter soziale Fürsorge, unter ärztliche und pflegerische Aufsicht gestellt werden. Wir kommen mit unserem Schutze zu spät, wenn der Säugling bereits erkrankt ist; wir müssen darauf ausgehen, die jungen Wesen vor Erkrankung zu bewahren.

Gesunde Säuglinge sollen möglichst kurze Zeit im Asyl gehalten und möglichst bald in Außenpflege entlassen werden, falls ihnen dort Ernährung mit Frauenmilch gesichert ist. Die Säuglinge dürfen in Außenpflege nur dann gegeben werden, wenn man die Überzeugung hat, daß sie draußen gut gedeihen werden. Für die Kontrolle der Säuglinge in der Kolonie ist eine zuverlässige, gut ausgebildete Pflegerin unerläßlich notwendig; und nur in Orten, in denen eine solche angestellt ist, sind Säuglinge unterzubringen. Die Anstaltspflege in den Asylen ist auf eine solche Höhe zu bringen, daß sie für kranke Kinder unter allen Umständen mehr leistet als die Familienpflege; und das ist keine übertriebene Forderung. Denn das, was man als Hospitalismus bezeichnet, ist im wesentlichen nichts anderes, als Mangel an Wissen bei dem ärztlichen Leiter und Mangel an Ausbildung bei dem Pflegepersonal. Kranke Säuglinge gehören ins Asyl oder zum mindesten in die Asylstadt. Ausnahmen dürfte der Asyldirektor nur dann machen, wenn er sich auf die sorgfältige Pflege im einzelnen Fall auf Arzt und Pflegerin in der Kolonie absolut verlassen kann.

Ich habe in meiner oben zitierten Arbeit ausgeführt, daß ich die richtige Auswahl der Säuglinge für die Anstaltspflege für recht wichtig halte, daß aber noch wichtiger die Entscheidung ist, wann der Säugling aus der Anstaltspflege in Familienpflege entlassen werden soll; denn

davon hängen der ganze Erfolg des Eingreifens und die Funktionsfähigkeit des Asyles ab. Wir müssen doch im Interesse der Volkswirtschaft immer daran denken, daß die Erfolge auch im richtigen Verhältnisse zu den aufgewendeten Mitteln stehen sollen.

Bei der Reform der Säuglingspflege in Ungarn wird man vor allen Dingen auch darauf bedacht sein müssen, der geschlossenen Säuglingsfürsorge und dann den Asylen die richtige Stellung im Säuglingsschutze zuzuweisen. Das ist bisher nicht der Fall. Ich glaube annehmen zu dürfen, daß die gesamte Säuglingssterblichkeit in Ungarn kaum höher wäre, wenn kein einziges staatliches Asyl in Ungarn existierte. Nach meinen Beobachtungen bestreite ich die Zulänglichkeit der Anstaltspflege für kranke Säuglinge; ich fürchte sogar, daß gesunde Säuglinge im Asyle schlechter versorgt sind als in einer guten Pflegefamilie.

Alle die Einwendungen, welche ich gegen die praktische Ausführung des Säuglingsschutzes in Ungarn zu machen habe, betreffen viel stärker die Anstalts-Fürsorge, als die offene. Ich möchte mich nochmals gegen die Meinung verwahren, als ob ich daraus den Ärzten und dem Personal einen Vorwurf machte; ich kann niemandem einen Vorwurf daraus machen, daß er etwas nicht weiß, was ihm nicht gelehrt worden ist. Säuglingsheilkunde aus Büchern allein zu lernen ist ausgeschlossen. Der Unterricht an den ungarischen Universitäten über Säuglingsheilkunde ist nicht genügend; und so dürfen wir uns nicht wundern, daß die Ärzte für die Behandlung und Überwachung kranker Säuglinge in den Anstalten und Pflegefamilien nicht die nötigen Kenntnisse besitzen. Das Gleiche gilt für die Ausbildung der Pflegerinnen.

Ich weiß aber, daß bei den Asylärzten in der Provinz ein großes Verlangen nach weiterer Ausbildung in der Säuglingsheilkunde besteht und daß sie alle sich dieses Mangels in ihrer Ausbildung wohl bewußt sind. Einige von ihnen scheinen diesen Mangel fast wie eine Pflichtwidrigkeit anzusehen und sind unglücklich darüber, daß sie ihn, auch wenn sie zu Opfern an Zeit und Geld bereit wären, schwer beseitigen könnten. Diesem Mangel abzuhelfen und dem Bedürfnis entgegenzukommen, wäre Pflicht des Staates und speziell des staatlichen Kinderschutzes; denn die Stelle, an der zunächst eingegriffen werden muß, ist bei gleichzeitiger Arbeitsentlastung die bessere Ausbildung aller d e r Personen, die zur Beratung der Mütter und zur Aufsicht über die Kinder berufen sind, also der Ärzte im Asyl und der Pflegerinnen und Hebammen in den Kolonien. Es ist unbedingt notwendig, daß alle diese Personen einheitlich und im gleichen Sinn arbeiten.

An einer oder noch besser an zwei Stellen — es kommen dafür wohl zunächst die beiden Universitätsstädte Budapest und Klausenburg in Betracht — sollten Unterrichtszentralen eingerichtet werden, in denen Ärzte und Pflegerinnen für den Dienst im Asyl und in der Kolonie sorgfältig vorbereitet werden. Bis dort ein genügender Stamm von Aufsichts- und Pflegepersonal herangebildet ist, sollten die gegenwärtig tätigen nach Möglichkeit weiter gebildet werden. Ich denke da zunächst

an Fortbildungskurse, und zwar besonders auf dem Gebiete der Säuglingsernährung und Säuglingspflege für die Asyldirektoren; sodann sollen diese Herren ihrerseits für ihre Kolonieärzte und ferner für die in den Kolonien tätigen Pflegerinnen Kurse veranstalten, zu denen nach Möglichkeit auch die Hebammen heranzuziehen sind.

Nur auf diese Weise wird sich eine Einheitlichkeit in der Arbeit erreichen lassen, ohne die ein Erfolg nicht möglich ist. Heute sorgt der junge staatliche Kinderschutz in Ungarn für eine ungeheuer große Zahl gesunder, normaler Kinder; ein Schritt weiter wird ihn dazu bringen, auch für die verwahrlosten Kinder und speziell für die Säuglinge in gleicher ausgezeichneter Weise zu sorgen.

Berend macht in seiner Arbeit über die Säuglingssterblichkeit in Ungarn dem staatlichen Kinderschutze den berechtigten Vorwurf, daß die Säuglingssterblichkeit vernachlässigt und nicht genügend bekämpft werde. Seinen Vorschlägen, welche sich mit den meinigen decken, kann ich mich nur vollkommen anschließen und sie den leitenden Kreisen zur Annahme empfehlen.

* * *

Zum Schluß möchte ich die Schöpfer des ungarischen Kinderschutzes fast um Entschuldigung bitten, daß ich mir erlaubt habe, ihr Werk zu kritisieren. Zu meiner Rechtfertigung darf ich anführen, daß ich mich ehrlich bemüht habe, die mir liebenswürdig gebotene Gelegenheit des Studiums aller einschlägigen Fragen nach Möglichkeit auszunutzen. Und man möge es meiner Freude an dem Werk zugute halten, wenn ich aus den Ergebnissen meiner Studien einige Vorschläge abzuleiten suche.

Ich wäre stolz, sagen zu können: Auch ich durfte zu einem kleinen Teile dazu beitragen, daß die große Idee der ungarischen Kinderschutzgesetzgebung in vollem Umfang verwirklicht werde.

Benutzte Literatur (in deutscher Sprache)

Statut über den Schutz der verlassenen Kinder. (Vollzugsverordnung zu den Gesetzartikel VIII und XXI vom Jahre 1901.)

Artikel „Armenwesen" im Handwörterbuch der Staatswissenschaften, herausgegeben von J. Conrad, L. Elster, W. Lexis und Edg. Loening. III. Auflage. Jena 1909.

Paul v. Ruffy. Über das ungarische staatliche Kinderschutzwesen. Pester Buchdruckerei-Aktiengesellschaft (V, Hold-utca 7).

Alexander Szana. Die obligatorische staatliche Fürsorge für die der öffentlichen Versorgung bedürftiger Kinder in Ungarn. Jugendfürsorge 1904, Heft 5—8.

Arthur Karl Szilágyi. Moderner Kinderschutz in Ungarn. Vortrag in Wien am 21. Dezember 1907. Wien 1908 bei Karl Fromme.

Ferner:

Zoltán v. Bosnyák und Graf L. Edelsheim-Gyulai. Le droit de l'enfant abandonné et le système Hongrois de protection de l'enfance. Budapest 1909. Athenaeum.

ERGEBNISSE DER SÄUGLINGSFÜRSORGE.

HERAUSGEGEBEN VON

PROF. DR. ARTHUR KELLER,

DIREKTOR DES KAISERIN AUGUSTE VICTORIA-HAUSES ZUR BEKÄMPFUNG DER SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT IM DEUTSCHEN REICHE.

NEUNTES HEFT.

SÄUGLINGSFÜRSORGE UND KINDERSCHUTZ

IN

ENGLAND UND SCHOTTLAND

VON

PROFESSOR DR. ARTHUR KELLER

LEIPZIG UND WIEN

FRANZ DEUTICKE.

1911.

Verlags-Nr. [illegible]

Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn

Literatur.

P. F. Aschrott. Das englische Armenwesen in seiner historischen Entwicklung und in seiner heutigen Gestalt. Staats- und socialwissenschaftliche Forschungen, herausgegeben von Gustav Schmoller. Bd. V, Heft 4. Leipzig. 1886, Duncker & Humblot.

— Die Entwicklung des Armenwesens in England seit dem Jahre 1885. Aus Schmollers Jahrbuch für Gesetzgebung. XXII 2, Leipzig 1898, Duncker & Humblot.

— Armengesetzgebung in Großbritannien. Artikel im Handwörterbuch der Staatswissenschaften. Herausgegeben von Konrad Elster, Lexis und Loening. III. Auflage. Jena 1909.

A. und E. Keller. Childrens Bill. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge. Band II. 1908.

H. Llewellyn Heath. D. P. H. (Cantab.), Etc. The Infant, The Parent, and the State (A social study and Review) London. P. S. King & Sohn. Orchard House, Westminster 1907.

E. Münsterberg. Das ausländische Armenwesen. Schriften des deutschen Vereines für Armenpflege und Wohltätigkeit. 52. Heft. Leipzig 1901. Duncker & Humblot.

George Newman. Infant mortality. London 1906. Methuen & Co.

Karl Oppenheimer. Kinderschutz und Kinderfürsorge in England. Blätter für Säuglingsfürsorge. I. Band 1909, Nr. 2.

B. Skalweit. Die Milchversorgung der englischen Städte. Mitteilungen der deutschen Landwirtschaftsgesellschaft. Beilage Nr. 9 vom 29. August 1908, und Molkereizeitung. Jahrgang 1908, Nr. 40 und 41.

Sarah A. Tooley. The History of Nursery in The British Empire. London, S. H. Bousfield & Co., Portugal Street, W. C. 1906.

Trumpp. Was können wir von der englischen Säuglingsfürsorge lernen? Blätter für Säuglingsfürsorge. I. Band 1909. Heft 2.

Gertrude M. Tuckwell. The State and its Children. Methuen & Co., 36, Essex Street, Strand. London 1894.

E. Wehmer. Hygienische Rückblicke auf England. Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. 40. Band. 1908. S. [illegible]



Säuglingsfürsorge und Kinderschutz in England und Schottland.

Ausbildung von Kinderpflegerinnen.

Von Prof. Dr. Arthur Keller.

Einleitung.

Einer Anregung Ihrer Majestät der Kaiserin, welche den Wunsch aussprach, bei der Einrichtung der Pflegeschule im Kaiserin-Auguste-Victoria-Hause möge die Ausbildung der englischen Lady Nurses besonders berücksichtigt werden, verdanke ich meine Studienreise nach England, welche mir die willkommene Gelegenheit bot, die Einrichtungen der Säuglingsfürsorge und des Kinderschutzes sowie den Stand der Kinderheilkunde in England und Schottland kennen zu lernen. Über die Ergebnisse meiner sechswöchigen Reise habe ich nach der Rückkehr dem Kultusministerium und dem Kuratorium des Kaiserin-Auguste-Victoria-Hauses, in deren Auftrag ich die Reise unternommen hatte, kurzen Bericht erstattet, habe da und dort über die gewonnenen Eindrücke gesprochen, konnte mich jedoch nicht entschließen, die Ergebnisse und das gesammelte Material ausführlich zu veröffentlichen. Der Grund war der, daß alle aufgewendete Arbeit, das vorbereitende Studium der einschlägigen Literatur, die vollkommene Ausnutzung der Reisetage und die Aufarbeitung der Notizen, Drucksachen und Berichte, die ich schwarz auf weiß nach Hause trug, mir nicht die Sicherheit verschafft hatte, daß ich den Gegenstand so beherrsche, um die Erfahrungen der Öffentlichkeit vorzulegen. Einzelne Fragen, wie die Ausbildung der Lady Nurses, selbst größere, wie der Stand der Säuglingsernährung nach den Anschauungen der Wissenschaft und nach den Sitten des Volkes, lassen sich leichter feststellen, schwerer ist es, sich ein Bild von den Einrichtungen der Säuglingsfürsorge und des Kinderschutzes zu verschaffen, weil dazu ein Eindringen in das soziale Milieu des ganzen Volkes gehört, wie es sich schwer in einer nach Wochen abgegrenzten Zeit ermöglichen läßt.

Erst die gelegentlichen Fragen von Kollegen und Bekannten, die sich über englische Verhältnisse orientieren wollten, das Interesse, das bei ihnen mein kurzer Reisebericht, den ich an das Kuratorium erstattet hatte, fand, und schließlich die Tatsache, daß bei uns über den Stand

der Säuglingsfürsorge und der Kinderheilkunde, über Anstaltspflege und Familienpflege in England sehr wenig bekannt ist, gaben mir die Veranlassung, meine Reisenotizen und die gesammelte Literatur zu erneutem Studium hervorzuholen und die Ergebnisse zusammenzustellen, wäre es nur, weitere Studien anzuregen und anderen die erste Orientierung zu erleichtern. Denn wenn ich mich auch für die Reise durch Studium der Literatur — sie ist auf dem Gebiet nicht groß — vorbereitet hatte, lernte ich die ganze Schwierigkeit der praktischen Studien bei dem ersten Versuch kennen, mir ein Bild von dem System der sozialen Fürsorge, von ihrem Verhältnis zur Armenpflege und zur wissenschaftlichen Kinderheilkunde zu machen. Es hat manchen wertvollen Tag, manches Interview und manchen Weg gekostet, ehe ich nur so weit gekommen war, die prinzipiellen Anschauungen, welche der praktischen Arbeit zugrunde liegen, zu durchschauen, noch länger hat es gedauert, bis wir mit Sachverständigen fachsimpeln konnten, ohne fortwährend auf Lücken in unserem Wissen zu stoßen. Stolz war ich, als mir bei meinem letzten Besuch im Local Government Board Herr Dr. Bruce Low liebenswürdig erklärte, jetzt könne ich von ihm nichts mehr erfahren, sondern er wolle von mir über englische Säuglingsfürsorge hören.

Ich darf aber auch nicht versäumen, dem genannten Herrn sowie all den Damen und Herren, denen wir mit Fragen und Interpellationen lästig fallen mußten und von denen wir in einer Weise Aufklärung, Belehrung und Unterstützung erhielten, die der Liebenswürdigkeit des Briten das allerbeste Zeugnis ausstellt, meinen besonderen Dank auszusprechen. Immer wieder mit neuen Empfehlungen ausgestattet, kamen wir von Medical officer zu Medical officer, von einer Anstalt zur andern, vom Workhouse zum Milkdepot, von diesem zur Armenschule und fanden überall das gleiche Entgegenkommen. Als eine besondere Annehmlichkeit habe ich es empfunden, daß das Antichambrieren und die Erkundigung bei Subalternbeamten wegfällt, daß man ohne Schwierigkeit vor die rechte Schmiede kommt, selbst wenn diese der Unterstaatssekretär des Home Departements ist, der uns über die Childrens Bill selbst Aufklärung gab. Schon die Amtszimmer muten viel freundlicher an als unsere Bureaux und ich werde mich stets gern mancher Unterhaltung erinnern, die wir, am Kaminfeuer in seinem Arbeitszimmer sitzend, mit dem Medical officer über alle möglichen Fragen der Fürsorge geführt haben. Ich sage „wir", denn auf allen offiziellen und offiziellsten Besuchen hat mich meine Frau begleitet, deren Sprachkenntnisse meinem Studium sehr zustatten gekommen sind. Wenn wir schließlich in den Verdacht kamen, unsere Methode — sie die Unterhaltung führend, ich notierend und nur einzelne Fragen dazwischen werfend — sei nichts als ein Trick, um mir die Gelegenheit zu ungestörten Notizen zu verschaffen, so hieß das meine Sprachkenntnisse überschätzen.

Wie gesagt, bin ich mir der Unvollkommenheit und der Lücken in meinem Studium wohl bewußt, wenn ich versuche, ihre Ergebnisse darzustellen und befinde mich in derselben Lage, wie wenn ich eine wissen-

schaftliche Frage mit Versuchen, die noch zu keinem endgültigen Resultat geführt haben, angegangen bin und nun erwäge, ob die Resultate überhaupt der Veröffentlichung wert sind. Ich weiß einerseits, daß ich die Versuche vorderhand nicht fortsetzen — in meinem Falle, daß ich meine praktischen Studien in England nicht so bald wieder aufnehmen — kann, ich darf andererseits annehmen, daß ein anderer, der den gleichen Forschungen nachgeht, denselben Weg nehmen muß, daß er Vorteil davon hat und froh ist, die Resultate meiner Anfangsversuche zu erfahren, um auf ihnen den eigenen Arbeitsplan mit größerer Sicherheit aufzubauen. Nur in diesem Sinne, weil ich anderen die Arbeit erleichtere, erstatte ich meinen Bericht, in dem ich objektiv meine Beobachtungen wiedergebe. Mögen andere sie ergänzen, ihre Erklärung richtigstellen und so schließlich ein wirkliches Bild der Verhältnisse geben.

Armenwesen.

Die Eigenheit der Säuglingsfürsorge und des Kinderschutzes in England wird nur dann verständlich, wenn wir die Entwicklung und das Prinzip des Armenwesens berücksichtigen. Die praktische Durchführung der Armenpflege in England geht auf das Armengesetz vom Jahre 1834 zurück, dessen wesentlicher Inhalt trotz aller Reformbestrebungen heut noch maßgebend ist. Dem Bedürftigen wird Nahrung, Obdach, Kleidung und im Krankheitsfalle Pflege und Behandlung gewährt, aber in einer Form, die dem arbeitsfähigen Menschen die Unterstützung nicht ohne Not erstrebenswert erscheinen läßt, und die Unterstützung wird so bemessen, daß der Bedürftige im ganzen etwas ungünstiger gestellt wird als der freie Arbeiter. Um eine Ausbeutung und Belastung der Armenpflege zu verhüten, wird die offene Armenpflege möglichst eingeschränkt und, was die Art der Unterstützung anbetrifft, an dem Workhousesystem festgehalten. Durch die Aufnahme im Workhouse finden die wirklich Armen, die Gebrechlichen und Kranken, die Verwahrlosten und Verwaisten das, was sie zum Leben notwendig brauchen; da aber nur das Notwendigste geboten wird und da der Arbeitsfähige gezwungen ist, sich auch im Workhouse seinen Unterhalt durch Arbeit zu verdienen, wird die Aufnahme in Workhouse als Prüfstein für die Bedürftigkeit angesehen. Durch das englische System der Armenpflege ist dem Gesichtspunkte, von einer Inanspruchnahme der Armenhilfe nach Möglichkeit abzuhalten und eine Ausnutzung der Unterstützung durch Nichtbedürftige zu verhüten, Rechnung getragen. Aber das System ist ohne Schaden nur dadurch durchführbar, daß in den Fällen, die sich für das Workhouse nicht eignen oder für die die allgemeinen Bestimmungen zu hart erscheinen mögen, die Privatwohltätigkeit eingreift, der auf diese Weise, wie aus den weiteren Erörterungen ersichtlich werden wird, ein außerordentlich breiter Raum in der Wohlfahrtspflege überlassen wird.

Den Besuch eines Workhouses dürfte niemand versäumen, der sich über Armenpflege in England orientieren will. Alle die, welche von Natur für den Kampf ums Dasein unzureichend ausgestattet oder durch Krank-

heit und Alter unfähig geworden sind, sich selbst zu erhalten, finden Aufnahme und werden nach Maßgabe ihrer Kraft und Fähigkeiten zur Arbeit herangezogen. Das Workhouse enthält vielfach eine Kranken- und Entbindungsstation, auch eine besondere Abteilung, in welcher Mütter mit ihren Kindern noch bis zum Ende des zweiten Jahres bleiben können. In Liverpool habe ich diese Station des Workhouses besucht, die Kinder wurden fast ausnahmslos monatelang gestillt, waren gut gepflegt und sahen gut aus.

Ein besonderer Vorzug des Armenwesens in England besteht in seiner einheitlichen Organisation. Die Zentralbehörde, das Local Government Board, welches seinen Sitz in London hat und seine Tätigkeit auf England und Wales erstreckt, stellt die allgemeinen Grundsätze für Armenpflege auf, überwacht die Ausführung durch höhere Beamte, Inspektoren und die besoldeten Beamten der Lokalverwaltungen und bereitet auf Grund des von allen Seiten einlaufenden Berichtmaterials, welches alljährlich veröffentlicht wird, Reformen vor.

Da das Local Government Board gleichzeitig oberste Instanz für die öffentliche Gesundheitspflege ist, wird schon dadurch die Verbindung zwischen Armenwesen und Volkshygiene hergestellt. Unter der Aufsicht des Local Government Board und seiner Organe, der Medical officers, steht die Milchversorgung der Städte, die Wohnungshygiene und die Fürsorge. Die Mittel aber für die Fürsorgebestrebungen und Vorbeugungsmaßregeln werden von der privaten Wohltätigkeit aufgebracht, welche gerade mit Rücksicht auf die Beschränkung der Armenpflege auf die Fälle dringendster Not weitgehende Aufgaben übernimmt. Auch hier wieder liegt ein besonderer Vorzug in der Zentralisation und Organisation der Arbeit. Ähnlich wie das Local Government Board die Zentralbehörde für das Armenwesen darstellt, übernehmen die Charity Organisation societies, die ihren Hauptsitz in den Hauptstädten und vielfache Filialen in den anderen Städten haben, die Organisation der Privatwohltätigkeit, wie sie in England mit Rücksicht auf die vielen großen Stiftungen unbedingt notwendig ist. Die Charity Organisation society sammelt das Material, erstattet jährlich Bericht über die bestehenden Wohltätigkeitsanstalten, Vereine und Stiftungen, unterstützt durch Rat und Tat die Einzelorganisationen und erhält einen großen Stab von Beamten, die vielfach auf demselben Gebiete neben den Beamten des Local Government Board und gemeinsam mit ihnen tätig sind.

Fürsorge für Säuglinge und Mütter.

Wenn wir uns über Einrichtungen der Säuglingsfürsorge einer Stadt orientieren wollen, führt uns zweckmäßig der Weg zunächst zum Medical officer, der eine allgemeine Übersicht gibt und uns an die Visitors und Inspectors verweist, von denen wir häufig kaum erfahren, ob es staatliche oder städtische Beamte oder Angestellte der Charity Organisation society oder einer Public health society sind. Und überall in der Armenpflege und Fürsorge begegnen wir der Tätigkeit von Frauen in den

verschiedensten Stellungen, die übrigens auch in England vorzugsweise von Schottinnen besetzt sind.

Das, was dem Deutschen beim Studium der Wohlfahrtspflege in England zunächst wohl am meisten auffällt, das ist das starke Hervortreten der Privatwohltätigkeit. Alle Krankenhäuser, Heime und Heilstätten, auch die Universitätskliniken — mit Ausnahme nur der städtischen und staatlichen Fieberhospitäler — sind aus privaten Mitteln erbaut und werden durch sie erhalten; darauf verweist die Inschrift, welche wir an der Front aller Hospitäler in England finden: „Supported by voluntary contributions." Fast alle Patienten finden in den Krankenhäusern unentgeltlich Aufnahme, und wenn man in dieser Richtung eine Klage hört, so ist es höchstens die, daß Mittelstandskrankenhäuser fehlen, in denen gegen ein mäßiges Entgelt Aufnahme möglich wäre. Eine derartige Abteilung besteht in London nur im Thomas Hospital; sonst gibt es nur noch Privatkliniken mit außerordentlich hohen Preisen.

Neben der Unterhaltung von Anstalten gehört die Durchführung der Fürsorgebestrebungen und der Vorbeugungsmaßregeln vollständig in das Gebiet der Wohltätigkeit. Sie betätigt sich da wie dort in einer Weise, wie ich es in keinem festländischen Staate kennen gelernt habe. Es haften ihr aber auch alle die Mängel an, welche der praktischen Arbeit privater Wohltätigkeit allenthalben zum Vorwurf gemacht worden: Bevorzugung einzelner Personen in der Klientel, Bevorzugung einzelner Zweige der Wohltätigkeitspflege, die gerade in Mode sind, und auf der andern Seite Ausnutzung der gewährten Unterstützungen durch wenig bedürftige Familien usw. Diese Mängel des Systems werden nur zum Teil durch das direkte Eingreifen der Hilfe von Mensch zu Mensch aufgewogen, sie werden anderseits vermindert durch die Zentralisation der Aufsicht in den großen Organisationen, wie z. B. der Charity Organisation society.

In den letzten Jahren hat sich das Interesse der öffentlichen Meinung und der organisierten Armenpflege besonders der Altersversorgung und dem Schicksale der Armenkinder zugewendet. Aber ein Gebiet ist der privaten Wohltätigkeit fast ausschließlich überlassen geblieben, das ist Mutterschutz und Säuglingsfürsorge. Wohl findet in den Workhouses ein beträchtlicher Teil (nach dem Urteile eines erfahrenen Medical officers etwa der dritte Teil) der unehelichen Geburten statt, zumal die Plätze in den Entbindungshospitälern stets besetzt sind, und ein Teil der Kinder bleibt während der ganzen Säuglingszeit im Workhouse. Wohl ist durch die Childrens Bill den in fremder Pflege befindlichen Kindern ein erhöhter gesetzlicher Schutz und behördliche Aufsicht zugesichert. Wohl kommt auch armen Säuglingen das out Door-Relief, die Unterstützung in der offenen Armenpflege, welche trotz des Workhouse-Prinzips nicht ganz ausgeschlossen ist, zugute. Doch ist diese Hilfe vollkommen unzureichend, um die Mißstände und Mängel auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge und des Mutterschutzes zu heben; diese Aufgabe bleibt im wesentlichen der privaten Fürsorge überlassen.

Der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit wendet die öffentliche Meinung erst in den letzten Jahren ihre Aufmerksamkeit zu und sie wird es wohl noch mehr tun, wenn die vorhandene Not erst einmal in den Zahlen der Statistik unzweideutigen Ausdruck finden wird. Die Totgeburten werden in England nicht gemeldet und bis vor 2 Jahren wurden die Lebendgeburten erst innerhalb 6 Wochen dem Coroner gemeldet. Wer die Verhältnisse in den Armenvierteln Londons und Glasgows kennt, wird es wohl begreiflich finden, das unter diesen Umständen bei einem guten Teile der Kinder, welche innerhalb der ersten Lebenstage starben, die Geburtsanzeige, welche den Angehörigen nur Scherereien macht, unterblieb und auch diese Kinder als angeblich totgeboren unangemeldet blieben. Ich berufe mich auf Bemerkungen mancher Medical officer, wenn ich die Angaben der Statistik, welche die Höhe der Säuglingssterblichkeit in England auf ungefähr 13% der Geborenen beziffert, nicht für besonders zuverlässig ansehe (s. Figur 1). Ebensowenig Vertrauen verdienen die Zahlen der unehelichen Geburten und die der in fremder Pflege befindlichen Kinder. Charakteristisch ist die Angabe einer Beamtin in Manchester, welche die Aufsicht über die Pflegekinder führte: 25 wurden ihr in ihrem Bezirke gemeldet und ungefähr 230 Pflegekinder, die nicht gemeldet waren, konnte sie konstatieren, als sie unter den armen Leuten die Nachricht verbreitete, sie wolle ein fremdes Kind annehmen. Erst wenn die kurzfristige Meldung, wie es in vielen Orten bereits geschieht, allenthalben eingeführt und wirklich durchgeführt sein wird, erst wenn die Bestimmungen der Infant Life Protection in der Childrens Bill strenge Anwendung finden werden, wird man den Umfang der wirklichen Not erfahren können. Ohne Kenntnis dieser Verhältnisse würden mir jedenfalls die relativ niedrigen Zahlen der Säuglingsmortalität unverständlich sein. Denn der gesetzliche Schutz für das Säuglingsalter war sehr gering; die Säuglingsheilkunde, besonders die Lehre von der Säuglingsernährung, steht nicht hoch; das Stillen ist in England nicht mehr verbreitet als bei uns. Die Ausbildung der Hebammen und die Milchversorgung der Städte gibt zu berechtigten Klagen Veranlassung und schließlich finden wir in den Armenbezirken der Großstädte von London und Glasgow ein Elend und eine Not, wie wir ihr in gleichem Umfange in Deutschland nicht begegnen. Ich werde kaum den Eindruck vergessen, den eine Wanderung mit der Assistentin des Medical officers durch die ärmsten Viertel von Glasgow und der Besuch der dortigen Fürsorgeeinrichtungen (Dinners for mothers, Speisung der Armenkinder) bei mir hinterlassen hat. Mit diesen Tatsachen dürfte wohl eine niedrige Säuglingssterblichkeit nur schwer vereinbar sein. Allerdings soll die Beschäftigung der Frauen in England, mit Ausnahme einzelner industrieller Bezirke, weniger verbreitet sein. Auch in dieser Frage wollen wir jedoch erst das Ergebnis einer Enquete, welche im vorigen Jahre von der Behörde durchgeführt ist, abwarten.

Ich muß wohl, um meine Ansicht von dem vorhandenen Notstand zu begründen, auf einige Einzelheiten näher eingehen.

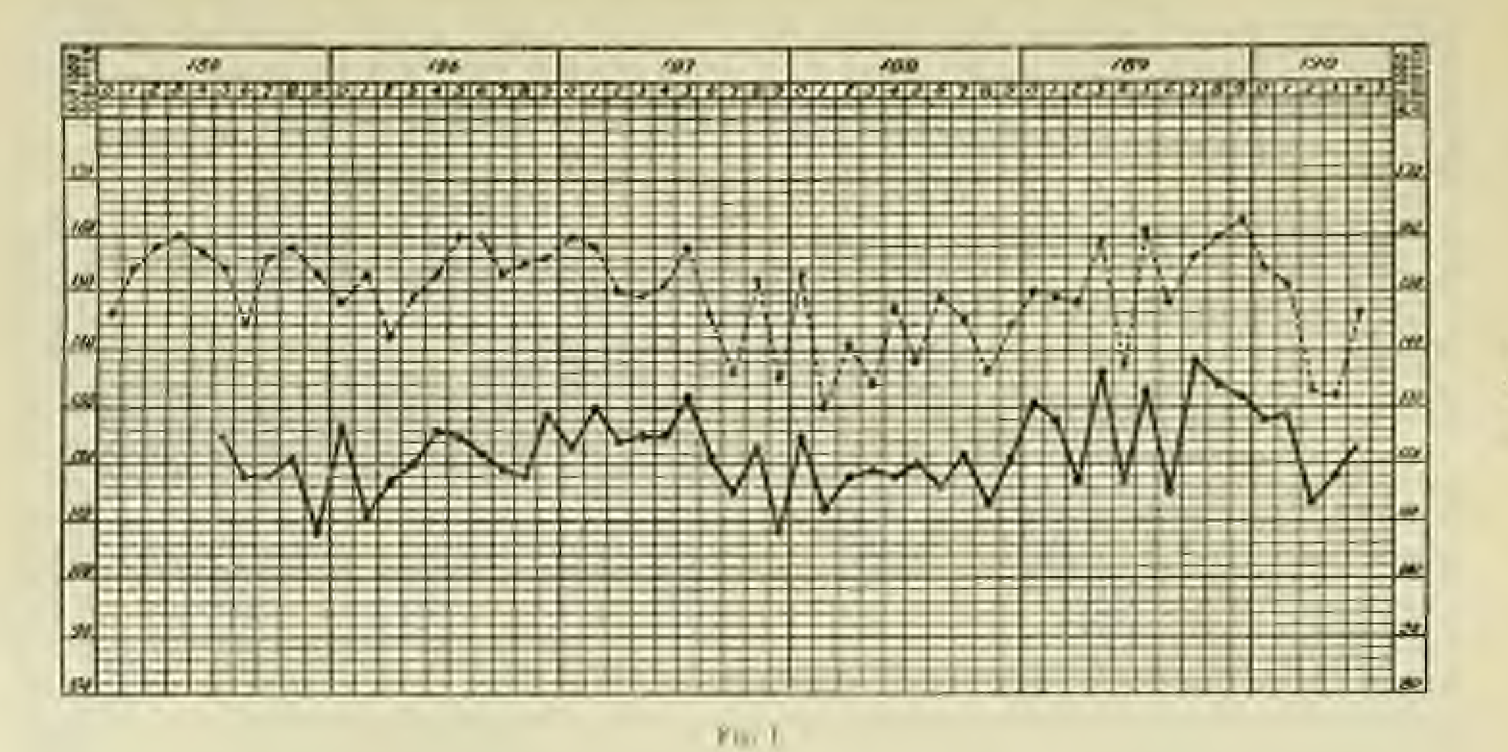


Fig. 1

Das, was vor dem Jahre 1908 an gesetzlichem Säuglingsschutz in England vorhanden war, war im Infant Life Protection Act 1897 enthalten, welcher den Zweck hatte, die ärgsten Mißstände des Baby farming zu beseitigen und die hohe Sterblichkeit unter den Pflegekindern herabzusetzen. Die Bestimmungen des Act erwiesen sich für den Zweck als vollkommen unzureichend, sie enthielten soviel Schlupflöcher und Lücken, durch welche die Pflegefrauen der gesetzlichen Kontrolle entschlüpfen konnten, daß eine Reform dringend notwendig wurde. Sie wurde durch den ersten Teil der Children Bill, welche mit dem 21. Dezember 1908 in Kraft getreten ist, herbeigeführt. Die Diskussionen bei Gelegenheit der Beratung der Bill in den beiden Parlamenten geben eine Vorstellung von den Schwierigkeiten und Vorurteilen, mit denen die gesetzliche Durchführung moderner Säuglingsfürsorge in England zu kämpfen hat. Aber wenn auch nicht annähernd die Forderungen, welche wir an den Schutz des Pflegekinderwesens stellen müssen und welche auch von den in der praktischen Fürsorgearbeit stehenden Frauen und Männern bei den Vorbereitungen der Bill gefordert worden sind, erfüllt wurden, so hat doch mit dem Gesetz vom 21. Dezember 1908 wenigstens der Schutz der Pflegekinder einen wesentlichen Fortschritt gemacht. Ich brauche auf den Inhalt des Gesetzes und die dadurch geschaffenen Reformen nicht näher einzugehen, da ich dies an anderer Stelle (Zeitschrift für Säuglingsfürsorge, Band II, S. 263, Zeitschrift für Säuglingsschutz, Band 1, S. 7) ausführlich getan habe.

Die Säuglingsheilkunde, besonders die Lehre von der Ernährung im ersten Lebensjahr, steht in England nicht auf hoher Stufe. Um das zu beweisen, brauche ich nur auf die englische medizinische Literatur in der Wissenschaft und in populären Schriften hinzuweisen. Die Namen britischer Pädiater wie Ashby, Barlow, Fowler, Eustace Smith, Still, Thomson haben auch bei uns den besten Klang und ihre Träger haben sich auf allen Gebieten der Kinderheilkunde durch wissenschaftliche Arbeiten hervorgetan. Von den Geburtshelfern hat Ballantyne durch seine Forschungen über antenatale Krankheiten und angeborene Mißbildungen ein Standard Work geschaffen, das in der Weltliteratur einzig dasteht und durch unermüdliche Sammlung ein Material von Literatur und Kasuistik zusammengetragen, das ebenso einzig dasteht. Aber Arbeiten über Säuglingsernährung und Säuglingsstoffwechsel sind in der gesamten englischen Literatur nur sehr spärlich vertreten, und es darf uns nicht wundernehmen, da in den englischen Kinderspitälern nur höchst selten, in anderen gar nicht, Säuglinge aufgenommen werden und da vor allen Dingen jede Gelegenheit, gesunde oder kranke Kinder an der Brust zu beobachten — ich komme darauf später zurück — fehlt. Die Folge davon ist, daß auch der Unterricht der Studierenden in dieser Beziehung nur höchst mangelhaft sein kann. Hier tut eine Abhilfe dringend not, wenn die Säuglingsfürsorge irgend welche nennenswerte Erfolge erzielen will.

Die Anschauungen über Säuglingsernährung, wie ich sie bei den Ärzten der Kinderhospitäler kennen gelernt habe, stehen, soweit ich es

beurteilen kann, unter dem Einfluß der französischen und amerikanischen Pädiatrie[1]. In dem einzigen Säuglingskrankenhaus, welches in England existiert, im Infants Hospital in London, fand ich auf dem Krankenbogen die Nahrung eines Kindes genau nach ihrem Prozentgehalt vorgeschrieben.

Fat.	Lactose	Albuminoids	Alkali
1·00	5·0	0·5/0·75	5·0

Dort war auch zweistündliche Ernährung in 8 bis 10 oder 12 Mahlzeiten in Gebrauch. Ähnliche Anschauungen finden wir in den populären Schriften vertreten. Und wenn es auch nicht erlaubt ist, aus dem Inhalt der Merkblätter, die zur Belehrung der Mutter geschrieben worden, einen Rückschluß auf die wissenschaftlichen Anschauungen zu ziehen — die deutsche Pädiatrie würde ein merkwürdiges Gesicht bekommen und wenig Freude haben, wenn man bei ihr dasselbe versuchen wollte —, so können wir doch wohl aus ihnen Anhaltspunkte für die unter der allgemeinen Ärzteschaft verbreiteten Anschauungen gewinnen. In den englischen Merkblättern, die mir in mehreren Exemplaren vorliegen, wird die zweistündliche Ernährung für die Säuglinge empfohlen, es wird mehl- oder stärkehaltige Nahrung vor dem zehnten Monat und grünes Gemüse bis zu zwei Jahren verboten. Die Merkblätter werden zumeist von den beamteten Ärzten verfaßt. Es ist überhaupt einer besonderen Betonung wert, daß die Säuglingsfürsorge in England, und zwar der ärztliche, ebenso wie der soziale Teil den Kinderärzten — ich hörte von seiten der beamteten Ärzte die Klage, die englischen Ärzte kümmerten sich nur um die kranken, nicht aber um die gesunden Säuglinge — vollständig fernliegt und absolut in den Händen der Medical officers ruht, soweit sie nicht von anderen Verwaltungsbeamten und besonders von Frauen gepflegt wird. Nun nehmen sich zwar manche Medical officer mit einer bewunderungswerten Aufopferung der Säuglingsfürsorge an, es fehlen ihnen jedoch trotz aller Übung und Erfahrung auf sozialem Gebiet und auf dem der Hygiene die Kenntnisse, sobald rein ärztliches Wissen auf diesem Gebiete Vorbedingung für das praktische Vorgehen wird. Ich komme auch darauf später zurück; hier möchte ich nur hervorheben, daß die wissenschaftliche Kinderheilkunde die Grundlage für die praktische Säuglingsfürsorge geschaffen hat und daß meiner Ansicht nach darum ein Hochstand der Säuglingsfürsorge bei einem Tiefstand der Säuglingsheilkunde nicht möglich ist. Es kann dies gegenüber den Versuchen, die sozialen Fürsorgebestrebungen allein und ihre Verdienste in der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in den Vordergrund zu stellen, nicht genug betont werden.

Das Stillen ist in England nicht mehr verbreitet als bei uns. Ich ging nach England mit der vorgefaßten Meinung, die doch wohl durch

[1] Ich verweise zu näherem Studium auf meine Arbeit „Die Lehre von der Säuglingsernährung, wissenschaftlich und populär". Ergebnisse der Säuglingsfürsorge 6. Heft.

Erinnerungen aus der Lektüre oder aus mündlichen Erzählungen veranlaßt war, daß in England das Stillen noch in weitem Umfang üblich sei; habe aber nicht versäumt, durch Anfragen bei den Ärzten die Richtigkeit meiner Meinung zu prüfen. Ich konnte auch nur „Ansichten“ erfahren, da exakte Zahlen auf Grund besonderer statistischer Feststellungen weder bekannt waren noch von anderer Seite angeführt wurden. Das eine ist sicher, daß in Schottland und Irland das Stillen noch allgemein Volkssitte (in Glasgow stillen 80% der Frauen wenigstens 2 Monate), und in den Bezirken Englands, in denen ein starker Zusatz irischer (oder schottischer) Familien vorhanden ist, noch weit verbreitet ist. So erzählte mir Miß M. Smith, welche in Liverpool die Aufsicht über die Hebammen führt und ihnen belehrende Vorträge hält, in Liverpool stillten fast alle armen Frauen, nur leisteten sie Unglaubliches in unvernünftiger Beikost. In den englischen Städten wurden mir zumeist Zahlen zwischen 50 und 60% als der Prozentsatz der stillenden Mütter angegeben, ohne daß gesagt wurde, wie lange die Stilldauer im Durchschnitt ist. Es läßt sich gerade über solche Verhältnisse ohne bestimmte darauf gerichtete Erhebungen schwer urteilen. Fast allgemein fand ich die Meinung verbreitet, daß in den besser situierten Familien das Stillen der Frauen immer mehr aus der Mode komme. Und dabei ist nicht zu vergessen, daß in England der Ammendienst gar nicht gebräuchlich ist, und die wenigen Ammen, die in Privatfamilien sich finden, für schweres Geld und mit hohem Lohn aus Belgien oder Frankreich bezogen werden. Nicht unerwähnt möchte ich die Äußerung eines alten erfahrenen Medical officer lassen, der darauf hinwies, früher hätten auch in London viel mehr arme Frauen gestillt (70%), aber seitdem Merkblätter zur Verteilung kämen und darin Anweisungen für künstliche Ernährung enthalten wären, hätten die Frauen sich das zunutze gemacht und das Stillen mehr und mehr vernachlässigt. Erst jetzt setzt seitens der Säuglingsfürsorge eine geregelte Stillpropaganda mit materieller Unterstützung der Stillenden ein.

Die Ausbildung der Hebammen und die Milchversorgung der Städte gibt zu berechtigten Klagen Anlaß. Damit berühre ich zwei Fragen, die von uns in Deutschland von Vereinen und Kongressen, die sich mit Säuglingsschutz beschäftigen, immer wieder auf die Tagesordnung gesetzt werden, weil wirkliche Mißstände vorliegen. Es ist aber anscheinend noch schlimmer damit in England. Das Bildungsniveau der Hebammen ist niedrig, viele üben ihre Praxis aus, ohne eine abgeschlossene Ausbildung genossen, ohne ein Examen gemacht zu haben. Die Kurpfuscherei durch „Hebammen“ ohne Examen nahm schließlich einen solchen Umfang an, daß Abhilfe geschaffen werden mußte. Jetzt bestimmt das Gesetz von 1905, daß ein staatliches Examen als Vorbildung für die Ausübung der Hebammenpraxis notwendig ist. Die ohne Examen praktizierenden dürfen sich nicht mehr als „Hebammen“ bezeichnen und müssen 1910 jede Praxis aufgeben, wenn sie nicht das Examen nachgeholt haben. Diese Interimszeit mußte geschaffen werden, damit nicht namentlich auf dem

Lande und in den kleinen Städten plötzlich ein Mangel eintrat, da eben ausgebildete und approbierte Hebammen nur in absolut ungenügender Zahl vorhanden waren. Daß mit dem alten Material von sogenannten Hebammen in allen hygienischen Fragen nicht viel anzufangen war, ist selbstverständlich. Da aber in England ebenso wie bei uns die Hebamme vielfach Beraterin der Mutter in Sachen der Säuglingspflege und -ernährung ist, hat man in einer Reihe von Städten damit begonnen, bei den belehrenden Vorträgen, welche den Hebammen zur Fortbildung gehalten werden, auf diese Disziplin besonderen Wert zu legen. Für die Hebammen sind von einzelnen Medical officers besondere Schriften zur Belehrung über Säuglingsernährung geschrieben worden.

Allgemein habe ich die Ansicht verbreitet gefunden, daß einheitliche gesetzliche Vorschriften für die Regelung der Milchproduktion und des Milchhandels nach modernen hygienischen Gesichtspunkten geschaffen werden müssen. Die Machtvollkommenheiten der Behörden gehen in diesen Beziehungen nicht weit; es ist die Eintragung der Kuhställe und Milchhändler in ein Register vorgeschrieben und die Einrichtung neuer Milchhandlungen und Kuhhaltungen von einer behördlichen Erlaubnis abhängig. Seitdem durch eine gesetzliche Bestimmung vom Jahre 1899 die Milch tuberkuloser Kühe vom Handel ausgeschlossen ist, ist den Behörden die Möglichkeit des Einschreitens gegeben, allerdings nur unter bestimmten Einschränkungen. Wohl hat die Gesundheitsbehörde das Recht, in der Stadt die Stallungen zu besichtigen, in einem fremden Bezirk aber nur dann, wenn das Ergebnis der Milchuntersuchung bestimmten Anhalt (Verbreitung von ansteckenden Krankheiten) gibt oder wenn begründeter Verdacht vorliegt, daß durch die Milch ein bestimmter Krankheitsfall, Tuberkulose, hervorgerufen ist. Nun ist trotz der bakteriologischen Untersuchungen, für die eine Stadt wie Newcastle z. B. jährlich 6000 M. ausgibt, ein solcher positiver Beweis schwer zu erbringen und in den Großstädten auch dann noch ohne Bedeutung, weil es beim Milchhandel schlechterdings unmöglich ist, den Produktionsort mit Sicherheit festzustellen. Der ganze Milchhandel Londons wird von etwa 25—30 Firmen beherrscht, welche mit den Milchfarmern Verträge abschließen, die Milch aus Entfernungen von 200 Kilometern beziehen, sammeln und dem Kleinhandel übergeben. Das stete Anwachsen der Großstädte, das Zusammenströmen der Bevölkerung in einer Zentrale wie Groß-London, das heute mehr Einwohner als ganz Schottland oder Irland zählt, stellt der Milchversorgung Probleme, die bisher noch nicht gelöst sind. Der weite Transport der Milch (Kühlwagen auf der Bahn fehlen) und die lange Zeit, welche zwischen Gewinnung und Verbrauch liegt, erhöhen die Anforderungen an die hygienische Milchgewinnung und -behandlung ganz erheblich; diese Anforderungen werden aber am Produktionsort ebensowenig erfüllt wie im Milchhandel. Nach den Feststellungen der letzten Jahre war in den ärmsten Stadtbezirken Londons fast jede dritte Probe verfälscht. Es ist aber wohl nur eine Frage der Zeit, daß die Gesundheitspolizei auch auf

diesem Gebiete Reformen schafft. Erhebungen sind seit längerer Zeit im Gange, Vorschläge der Landwirtschaftskammern sind eingeholt und in einigen Städten sind die großen Hospitäler und Anstalten bereits mit strengen Kontrollvorschriften vorgegangen.

Alle diese Verhältnisse, welche ich kurz besprochen habe, sind für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit nicht besonders günstig. Wenn diese trotzdem verhältnismäßig niedrig ist, so müssen Ursachen vorhanden sein, deren Einfluß ich nicht zu beurteilen vermag. Der Einfluß des Klimas gibt sich vielleicht an dem Fehlen des Sommergipfels (Manchester) zu erkennen. Vielleicht haben die günstigen Lohnverhältnisse in den industriellen Bezirken eine beträchtliche Wirkung. Am Lande ist die Säuglingssterblichkeit erheblich geringer als in der Stadt. Lehrreich sind Zahlen, die Chalmers[1]) darüber bringt:

Säuglingsmortalität in Schottland in dem Jahrzehnt 1891—1900.

	auf 1000 Geburten	Prozent der Gesamtbevölkerung nach der Zählung von 1900
Insgesamt	128	100
Städte über 25.000	147	40
" " 10.000	134	13
" " 2.000	121	21
Ländliche Distrikte	95	23
Inseldistrikte	76	3

Und ähnlich liegen die Verhältnisse in England, ein Beweis, daß die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit zuerst in den großen Städten einsetzen muß, wie es auch wirklich geschieht.

Zur Beratung der allgemeinen Fragen, welche mit Säuglingsschutz im Zusammenhang stehen, tritt alljährlich die National Conference zusammen, in welcher die Bewegung zentralisiert ist, die aber praktisch, soviel ich weiß, noch nicht eingegriffen hat. Allerdings befindet man sich in England auf diesem Gebiet absolut im Stadium der Vorversuche. In der Regel habe ich wenig davon sprechen hören, was ist, mehr von dem, was werden soll. Doch wird tatsächlich gearbeitet, vor allem in der Organisation der offenen Säuglingsfürsorge. Mit großem Eifer hat man in England die von Frankreich ausgehende Anregung aufgenommen, nach dem Muster der Gouttes de lait sind in zahlreichen Städten, wohl zuerst 1899 in St. Helens, Milchküchen eingerichtet worden. Ich habe eine Reihe dieser Milchdepots in London, Liverpool, Glasgow, Leith besucht, kein einziges hatte eine große Frequenz, die technische Einrichtung[2]) ist primitiv, die Kontrolle der angelieferten Milch unzureichend.

[1]) Infant Mortality. Reprinted from Public Health for May 1906. Bristol, John Wright and Co.

[2]) Im Sommer wird übrigens die Milch bei hohen Hitzegraden bis zu 110° sterilisiert.

der ganze Betrieb nicht gut organisiert. Es liegt daran, daß der erste Enthusiasmus längst abgeflaut ist und daß niemand ein besonderes Interesse daran zu haben scheint, Verbesserungen an einer Einrichtung vorzunehmen, zu der das Vertrauen fehlt. So wie ich die Milchküchen in England gefunden habe, kommen sie als Mittel zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit kaum in Betracht, in großem Stil sind sie nicht durchgeführt, niemand hat zahlenmäßig einen Erfolg bewiesen und wohl nur wenige glauben an einen solchen. Die allgemeine Stimmung ist sehr wenig einer Fortsetzung des Experimentes geneigt. Wo die bestehenden Milchdepots nicht bereits aus Mangel an Zuspruch oder weil die aufgewendeten Mittel zu dem Wert des Gebotenen in keinem Verhältnis stehen, eingeschlafen sind, fristen sie ein kümmerliches Dasein.

Das allgemeine Interesse der privaten Wohltätigkeit und das spezielle der Gesundheitsbehörde hat sich der anderen Richtung der Säuglingsfürsorge zugewendet, nämlich der Belehrung der Mütter und der Unterstützung der Schwangeren und Stillenden. In allen größeren Städten entstehen kleine Fürsorgestellen, in der einen erhalten Schwangere und Stillende für 1 oder 1½ D., Arme jedoch unentgeltlich Mittagessen (Chelsea Dinners for mothers), die andere wird zu einer school for mothers (St. Pancras) erweitert, in der Frauen nicht nur über Säuglingspflege und Ernährung, sondern auch in einfachen Handarbeiten (Zuschneiden, Nähen, Stricken) und Hauswirtschaft (Kochen, Einkaufen) unterrichtet werden, wieder andere sind mit einer Consultation de nourrissons verbunden und treiben in Hausbesuchen Außenfürsorge. Vereinzelt, mit städtischem Zuschuß unterstützt (Glasgow) sind die Fürsorgestellen zumeist ganz auf private Wohltätigkeit angewiesen, die an dieser Stelle zunächst nicht mit besonders großen Mitteln arbeitet. Wenigstens wie ich sie im Frühjahr 1908 kennen lernte, waren es höchst einfache Räumlichkeiten, in denen der Betrieb vor sich ging, und die Unterstützungen waren recht gering, zumeist bestanden sie in Naturalien; einzelne Geldprämien waren ausgesetzt, z. B. in der Mutterschule zu St. Pancras: je 1 sovereign für die 8 bestgenährten Brustkinder des Halbjahres, ½ sovereign für das unter den schlechtesten Verhältnissen bestgepflegte Brustkind, je ½ sovereign für die drei bestgedeihenden künstlich genährten Kinder, die regelmäßig vorgestellt werden.

Es wird mit kleinen Mitteln eine Menge Arbeit geleistet, so werden z. B. auch Frauen zum Sparen angehalten und dadurch ermuntert, daß zu jedem Sparschilling 1 D zugelegt wird. Aber es ist wohl zu erwarten, daß die Privatwohltätigkeit, sobald diese Arbeit populär wird und sich Erfolg zeigt, auch große Mittel zur Verfügung stellen wird. Denn die Hilfe, wie sie an diesen Stellen gewährt wird, greift da an, wo sie not tut, und wird allein schon deswegen, weil sie Geber und Nehmer in persönlichen Kontakt bringt, Frucht tragen. Belehrung und Erziehung der unerfahrenen Mutter und gleichzeitig Stillpropaganda sind die wesentlichsten Aufgaben dieser privaten Fürsorgebestrebungen, die ich allerdings nur, wie gesagt, in den Anfängen ihrer Entwicklung kennen gelernt

habe. Was ich an den Fürsorgestellen, soweit sie nur als Consultation wirken, auszusetzen habe, ist das, daß die ärztliche Beratung von einem besser vorgebildeten Sachverständigen geführt werden sollte. Ich kann nur wieder an Budins Wort erinnern: Jede Consultation ist so viel wert wie der Arzt, der sie leitet.

Die Fürsorgestellen nennen sich vielfach Schools for mothers; als eine Mutterschule muß man auch eine Einrichtung bezeichnen, die ich in York kennen gelernt habe. Der Besitzer einer dortigen großen Schokoladenfabrik, ein bekannter Philanthrop (Mr. Rowntree), hat aus dem Gedanken heraus, daß die Fabrik die Mädchen dem Haushalt entzieht, daß sie, wenn sie mit 14 Jahren unmittelbar aus der Schule in die Fabrik eintreten, vom Haushalt keine Ahnung haben, eine Schule in seiner Fabrik gegründet, an der alle Arbeiterinnen unter 17 Jahren teilnehmen müssen, wozu sie sich beim Antritt in die Fabrik bereits verpflichten müssen. In der Fabrik sind Arbeiterinnen vom zwölften Jahr an beschäftigt und in der zum Besuch der Fabrikschule verpflichteten Altersklasse (bis zum 18. Jahre) sind etwa 650 Mädchen, die überwiegende Mehrzahl der überhaupt in der Fabrik beschäftigten Arbeiterinnen. Die Mädchen bekommen nur für 46 Stunden wöchentlich Arbeit statt für 48 und die beiden ihnen entzogenen Stunden werden zum Besuch der Fabrikschule verwendet. Der Haushaltungsunterricht besteht in Kochen, Haushaltungsökonomie, Zuschneiden, Hygiene, Pflege und Ernährung des Kindes und findet die ganze Woche hindurch statt, da die Klassen klein, etwa zu 20 bis 30 Mädchen eingerichtet sind. Für das Ganze sind 4 gute Lehrerinnen angestellt.

Die Kosten, welche sich pro Jahr und Kopf auf 20 Mk. belaufen, wurden in den ersten Jahren vom Besitzer selbst bestritten, jetzt sind sie fast in voller Höhe von der Regierung übernommen. Man könnte das ganze System für einwandfrei halten, wenn nicht der Unterricht mehr theoretisch als praktisch wäre und wenn nicht der pekuniäre Verlust (d. h. der Verlust an Arbeitszeit) von der Arbeiterin selbst — sie arbeiten in Akkord — getragen würde.

Im großen und ganzen sehen wir an den verschiedensten Stellen Versuche und Bestrebungen, Schutz für die Säuglinge und Mütter in offener Fürsorge zu schaffen. Die Erfolge werden vorläufig, wenn man sich die Mühe nimmt, sie durch Zahlen zu beweisen, schwer zu beurteilen sein. Ein Beweis dafür ist folgendes: In Huddersfield, einer Stadt von 95.000 Einwohnern, sind allerhand Maßnahmen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit getroffen: Unterstützungen für die Mütter, häusliche Kontrolle der Säuglingspflege, Beratungsstelle. Die Säuglingssterblichkeit ging merklich herunter, und das wurde als ein Erfolg der Fürsorge angesehen. Nun stellt daneben der Medical officer of health in Bristol, einer Stadt von 370.000 Einwohnern, in der nichts dergleichen geschehen ist und in der doch das gleiche Absinken der Säuglingsmortalität erreicht wurde, die Mortalitätskurve von Bristol. Es ist so interessant, daß ich die beiden Kurven von Dr. Davies anfüge. (Figur 2.)

Fig. 2

An den absoluten Zahlen ist wohl kaum zu zweifeln, sie können uns nur eine Warnung zur Vorsicht bei der Beurteilung von Fürsorgemaßregeln sein, bei denen das post hoc, ergo propter hoc so oft das Urteil begründet.

Wenn die offene Fürsorge für Säuglinge und Mütter in England erst in den Anfängen der Entwicklung steht, so finden wir in der geschlossenen kaum die ersten Anfänge. Ich sprach bereits davon, daß in den Workhouses viele Entbindungen stattfinden, daß auch noch vielfach nach dem Wochenbett Mutter und Kind in der Anstalt bleiben; aber damit ist nur für den kleinsten Teil von Kindern, die der Anstaltspflege und eines Asyls bedürfen, gesorgt. Es gibt einzelne Versorgungshäuser für erstgefallene Mädchen, von denen ich eins, das House of hope am Regent-Square in London, kennen gelernt habe. Die Mütter — es ist etwa für 20 Platz — werden Wochen und Monate vor der Entbindung aufgenommen, weil angeblich diese Erstgefallenen zu schamhaft sind, um wie die anderen bis zuletzt im Dienst zu bleiben und dann irgend eine Entbindungsanstalt aufzusuchen, und bleiben einige Wochen nachher im Hause. Sie werden zum Stillen ihres Kindes angehalten, das etwa in der vierten Woche von ihnen getrennt und in fremde Pflege gegeben wird. Die Mütter selbst werden im Hause mit Hausarbeit beschäftigt und unterrichtet, und man sorgt dafür, daß sie bei Entlassung in passende Stellungen gebracht werden. Die Hauptsache im Hause aber ist der religiöse Unterricht: zweimal am Sonntag und einmal täglich in der Woche ist Gottesdienst, außerdem Bibelstunde. Das Prinzip, das derartigen Heimen zugrunde liegt, ist gewiß gut, aber die Ausführung und der Geist, in dem die Hilfe im Londoner Heim geboten wird, wird dem Wunsch zu helfen nicht gerecht. Ich möchte nur als Gegenstück das Sehbelows Stiftelse in Christiania anführen, von dem ich in meinem Bericht über Norwegen spreche, das in vernünftiger Weise das Prinzip durchführt und Müttern und Kindern wirklich nutzt.

Zu den Workhouses und den eben genannten Heimen kommen nun die Entbindungshospitäler, in denen Mutter und Kind meist 10 bis 14 Tage nach der Entbindung bleiben. Damit ist aber meines Wissens die Anstaltsfürsorge für Mutter und Kind in England erschöpft. In ganz London gibt es ein einziges Hospital für kranke Säuglinge mit 60 Betten. In den Kinderhospitälern und allgemeinen Krankenhäusern werden Säuglinge nur ausnahmsweise aufgenommen. Möglichkeit zur Ernährung mit Frauenmilch ist nirgends gegeben, auch in dem Säuglingsspital nicht. In den Entbindungsanstalten werden die Mütter wohl zum Stillen ihres Kindes angehalten, aber wenn in 24 Stunden die Milchsekretion nicht im Gang ist (die Neugeborenen werden schon in der ersten Stunde angelegt) wird der Versuch aufgegeben und das Kind künstlich genährt. Die Idee, für Mutter und Kind nach der Entlassung aus der Entbindungsanstalt ein Heim zu schaffen, auf diese Weise praktisch Stillpropaganda zu treiben und nebenbei Ammenmilch für kranke Kinder zu erhalten, hat in England anscheinend noch nicht Eingang gefunden. Jedenfalls sollte

die Gründung von Wöchnerinnen- und Säuglingsheimen die wesentlichste und nächste Aufgabe der Wohlfahrtspflege in England sein.

Viel erfreulicher liegen die Verhältnisse in der Anstaltsfürsorge für ältere kranke Kinder und für alle Kinder, welche des Schutzes der Familie entbehren oder eines besonderen Schutzes durch öffentliche Armenpflege und Wohltätigkeit bedürfen. Auf diesem Gebiete hat England vieles Vorbildliche geschaffen.

Die Hospitäler in England und Schottland sind, wie ich oben bereits anführte, ausschließlich Stiftungen der privaten Wohltätigkeit und werden durch Subskriptionen erhalten, viele von ihnen, namentlich die älteren verfügen über ein beträchtliches Vermögen, das sich durch Stiftungen beständig vermehrt. Als äußeres Zeichen dieser Stiftungen finden wir nicht nur die oben erwähnte Aufschrift außen an der Front, sondern innen über den meisten Betten Tafeln, welche den Namen des Stifters, häufig auch von Zeitungen, tragen. Eine Bettstiftung für immer beträgt in der Regel 20000 Mark, eine solche für Lebenszeit des Stifters 6000 Mark. Außerdem bestehen aber eine Reihe kleinerer einmaliger Stiftungen oder jährlicher Einzahlungen, welche dem Spender ein Recht verleihen, dem Hospital Patienten zur Aufnahme zu empfehlen (bei einer Stiftung von 2000 Mark oder jährlich 200 Mark stehen 12 Empfehlungsbriefe, bei einer solchen von 400 Mark respektive 40 Mark 3 Empfehlungsbriefe frei) und gleichzeitig je nach der Höhe der Stiftung Stimmrecht im Kuratorium bedingen. Den Jahresberichten liegen Bankschecks bei, außerdem wird die Form der testamentarischen Legate mitgeteilt. Die Verwaltung des Vermögens und die finanzielle Aufsicht über den Betrieb steht zumeist einem Laien-Kuratorium, in dem auch die Ärzte vertreten sind, zu, die allgemeinen ärztlichen Angelegenheiten werden von dem Medical Board geführt. Die ärztlichen Stellungen — mit Ausnahme der Assistenten — sind in der Regel unbesoldet; in jedem größeren Hospital ist ein großer Stab von ehrenamtlich tätigen Ärzten und konsultierenden Spezialärzten tätig, deren Besuchsstunden festgesetzt sind. Die Leitung des Wirtschaftsbetriebes steht unter einem Secretary, an den auch der ärztliche Besucher in der Regel verwiesen wird, wenn er den Wunsch hat, das Hospital zu besichtigen. Neben dem Secretary spielt die Matron die Hauptrolle; übrigens findet man in beiden stets ausgezeichnet orientierte Führer. Die Ausbildung der englischen Pflegerinnen ist auch bei uns als musterhaft bekannt. Eine dreijährige Ausbildungszeit wird in der Regel vom Hospital und allgemein für die staatlich anerkannten Nurses verlangt.

Alle neuen Hospitalbauten entsprechen den weitgehendsten hygienischen Anforderungen; neuerdings wird auf die Ausführung von Polikliniken (Out Patients' Departement) besonderer Wert gelegt; so ist z. B. in Bartholomews Hospital in London mit einem Aufwande von 3 Millionen Mark eine Poliklinik gebaut, die mit allem Luxus, aber auch mit allem, was zur ärztlichen Behandlung notwendig ist, ausgestattet ist. In allen Polikliniken werden dem Besucher die ungeheueren Maße der Wartehallen auffallen, mit denen nur die Riesenzahlen der täglichen Frequenz zu vergleichen sind.

Von allgemeinen Hospitälern habe ich in London das Royal Hospital of St. Bartholomew, das St. Thomas Hospital, von denen das eine auf eine fast 900-, das andere auf eine 800jährige Geschichte zurückblickt, das Deutsche Hospital und das University College Hospital besucht. Von diesen Hospitälern besitzt nur das St. Thomas Hospital besondere Abteilungen für Kinder, die allerdings mit ihren Kachelwänden und künstlerischen Kachelgemälden (besondere Stiftung) ebenso wie mit ihrer ganzen Ausstattung einen ausgezeichneten Eindruck machen.

Das erste Hospital, das in England zur Aufnahme kranker Kinder bestimmt war, wurde am 14. Februar 1852 mit 10 Betten in London eröffnet; aus ihm ging das jetzige Hospital for sick Children hervor, dessen Bau in der Great Ormond Street im Jahre 1875 bezogen wurde. Der ersten Gründung folgte damals 3 Jahre später Manchester und 1859 Edinburgh mit der Gründung eines Kinderspitals. Die jetzt dort bestehenden Hospitäler wurden 1873 und 1895 eröffnet. Das größte von diesen 3 Hospitälern ist das Londoner mit 260 Betten; das Manchester Children Hospital hat 156, das Royal Edinburgh Hospital for sick Children 120 Betten. Es sind bis heute noch die bedeutendsten Hospitäler im vereinigten Königreichen; daran schließt sich das neu erbaute Kinderhospital in Liverpool (110 Betten) an. Das Londoner Hospital liegt mitten in der Stadt, das in Edinburgh und in Liverpool in den Außenbezirken und das in Manchester Pendlebury liegt weit vom Mittelpunkte der Stadt entfernt. Übrigens ist besonders erwähnenswert, daß die 3 Haupthospitäler, ebenso wie die größeren allgemeinen Hospitäler, sich je ein Rekonvaleszentenheim auf dem Lande angegliedert haben. In allen Hospitälern ist der Chirurgie ungefähr die gleiche Bettenanzahl angewiesen wie der internen Medizin; Säuglinge werden in geringerer Zahl in London, in größerer in Manchester und in Edinburgh aufgenommen. Da Infektionskrankheiten entweder poliklinisch behandelt oder besonderen Anstalten überwiesen werden, verfügen die Kinderspitäler nur über Beobachtungsstationen für suspekte Fälle.

Das, was ich an den neuen Kinderspitälern wie an den anderen allgemeinen Krankenhäusern in England besonders rühmen möchte, ist die bauliche Ausgestaltung und die technische Einrichtung. Eine Fülle von Luft und Licht in den geräumigen Krankensälen, große Balkons, breite, hohe Fenster, die noch dazu fast den ganzen Tag geöffnet sind (selbst im Februar habe ich überall, selbst in den primitiven Krankenräumen des Workhouse, ein freies Durchströmen frischer Luft gefunden), dazu die Vorliebe der Engländer für Kaminheizung, neben der zumeist, aber nicht immer, Warmwasserversorgung besteht. Das alles, was aber allerdings zum Teil durch die besonderen klimatischen Verhältnisse erst ermöglicht wird, schafft für die Patienten sehr günstige, hygienische Verhältnisse, dazu kommt ein Behagen in den Räumen, welches durch das Kaminfeuer und den reichen Blumenschmuck der Säle hervorgerufen wird. In den Krankenzimmern für Kinder finden wir zumeist allgemeine Raumbeleuchtung durch indirektes Licht, dazu für lokale

Beleuchtung Handlampen, die an Steckkontakte angeschlossen sind oder über dem Bett bequem erreichbar an Pendel hängen. Besonders zweckmäßig erschien mir die Anlage der Aufzüge für schmutzige Wäsche außerhalb der Gebäudemauern. Die an der Außenseite scheinbar angeklebten, mit einem Gitterwerk abgeschlossenen Wäschelifts stören vielleicht das ästhetische Empfinden des Architekten, sind aber jedenfalls hygienisch die einfachste und beste Lösung der Frage, wie im Krankenhause am besten die schmutzige, eventuell infizierte Wäsche, ohne Gefahr einer Infektion, transportiert werden kann. Einige Worte noch besonders über das neueste Kinderhospital, das Royal Infirmary for children in Liverpool, das, im Jahre 1907 eröffnet, zur Zeit meines Besuches noch nicht vollständig fertig gestellt war. Es waren damals erst 3 Abteilungen (66 Betten) belegt; unter den Kindern befanden sich etwa 15 Säuglinge, wie immer künstlich genährt, 1—2stündige bei kranken, 3stündliche Pausen bei gesunden. Die beiden weiteren Abteilungen werden mittlerweile längst belegt sein. 3 Abteilungen sind für interne, 2 für chirurgische Fälle bestimmt. Die Küche liegt im dritten Stocke,

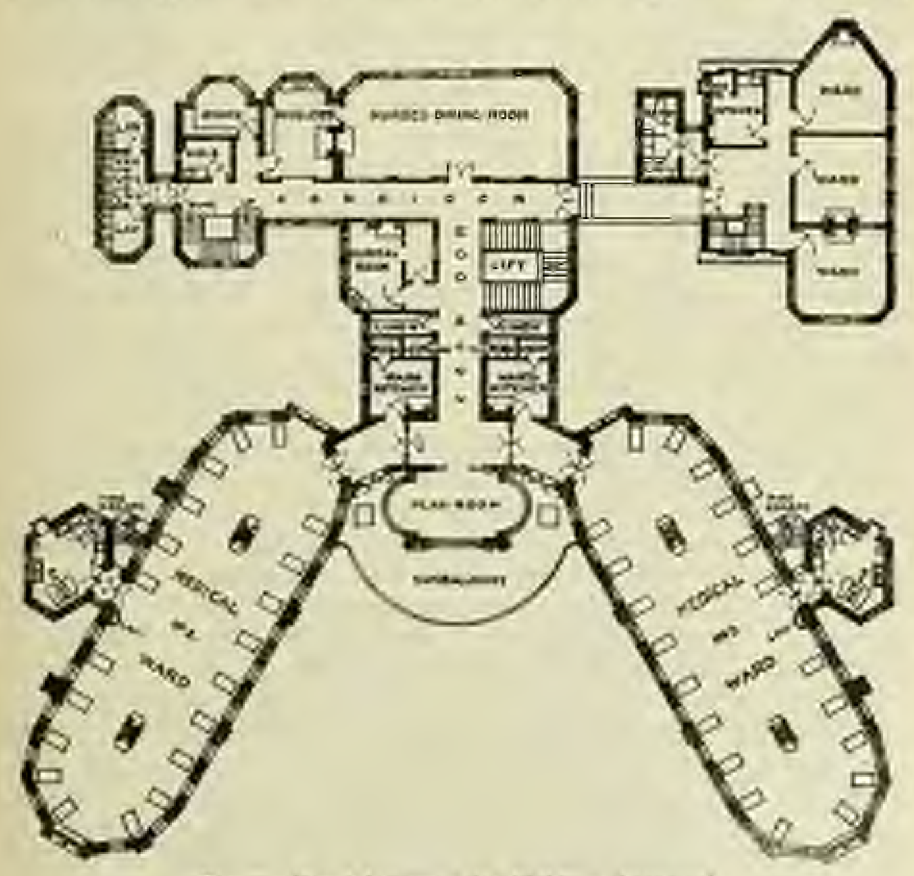


Fig. 3. Royal Infirmary for Children, Liverpool.

die Wäscherei im Souterrain. Für die 66 Kinder stand folgendes Pflegepersonal zur Verfügung: Unter Leitung der Matron und ihrer Assistentin 6 Schwestern und 20 Schülerinnen, und zwar in jedem Ward von 22 Betten tags 1 Schwester, 1 staff nurse, (Schülerin im dritten Jahrgange), und 2 jüngere, nachts 1 staff nurse und 1 Probationer. Übrigens nachahmenswert ist eine Bestimmung, die im Auslande viel allgemeiner üblich ist als bei uns, nämlich die, daß zu den kranken Kindern nur ausnahmsweise, wenn sie in Lebensgefahr sind, Angehörige als Besucher zugelassen werden, sonst den Krankensaal nie betreten dürfen. Dort, wie noch in mehreren anderen Hospitälern, ist mir der schwarze Anstrich der wie immer höchst einfachen Betten, die nichts von komplizierten Hebevorrichtungen usw., aber stets tadellose Wäsche zeigen, aufgefallen. Auf dem Grundrisse mache ich besonders auf die runde Gestalt der Krankensäle aufmerksam, die sich angeblich im Betriebe bewährt. (Fig. 3.)

Außer den genannten Kinderkrankenhäusern habe ich noch die Kinderspitäler in Glasgow und Newcastle und das Royal Waterloo Hospital for children and women in London besucht. In Glasgow waren 76 Kinder, darunter nur 2 oder 3 Säuglinge, in 2 Wohnhäusern, die für Krankenhauszwecke im Jahre 1882 adaptiert waren, untergebracht, außerdem 30 in einer Filiale. Es sind bereits Pläne und, was wichtiger ist, Mittel für einen Neubau von 200 Betten vorhanden.

Das einzige Säuglingskrankenhaus in England ist das Infants-Hospital am Vincent Square in London, das zur Zeit meines Besuches erst kürzlich eröffnet war. Ein Bau von 6 Stockwerken, nicht recht zweckmäßig angelegt, bietet für 50 ernährungskranke Säuglinge Raum und hat eine Isolierungsabteilung von 10 Betten. Die Nahrung wird individuell im Milchlaboratorium hergestellt, über die Ernährungserfolge werden wir hoffentlich später noch etwas erfahren. Übrigens fällt mir ein, daß ich mich nicht erinnere, in einem der Hospitäler besondere Einrichtungen für Frühgeborene, Couveusen oder ähnliches gesehen zu haben.

Und nun zum Schlusse noch einiges über die Kinderpolikliniken, die in den größeren Städten außerordentlich stark besucht sind (in Manchester 1904 25.823, im Londoner Hospital for sick children in demselben Jahre 37.317, in Edinburgh 8161 neue Fälle). Die Poliklinik ist in der Regel in einem besonderen Gebäude untergebracht, in Liverpool auf der andern Seite der Straße, in Manchester weit vom außerhalb gelegenen Hospital entfernt, mitten in der Stadt. Neu erbaut ist die Poliklinik in Manchester (Fig. 4), die in Liverpool (Fig. 5) und die des Kinderspitals in London. Da es wohl interessieren dürfte, in welcher Weise die Räume verteilt sind und wie man der großen Zahl der täglichen Besucher gerecht zu werden sucht, füge ich die Grundrisse der beiden erst genannten Neubauten an, die übrigens auch wieder freigebigen Stiftungen ihr Dasein und ihre luxuriöse Ausstattung verdanken. Die größte der 3 Polikliniken ist das Out Patient Departement des Hospitals for sick children in London; bei ihrer Anlage ist besonderer Wert darauf

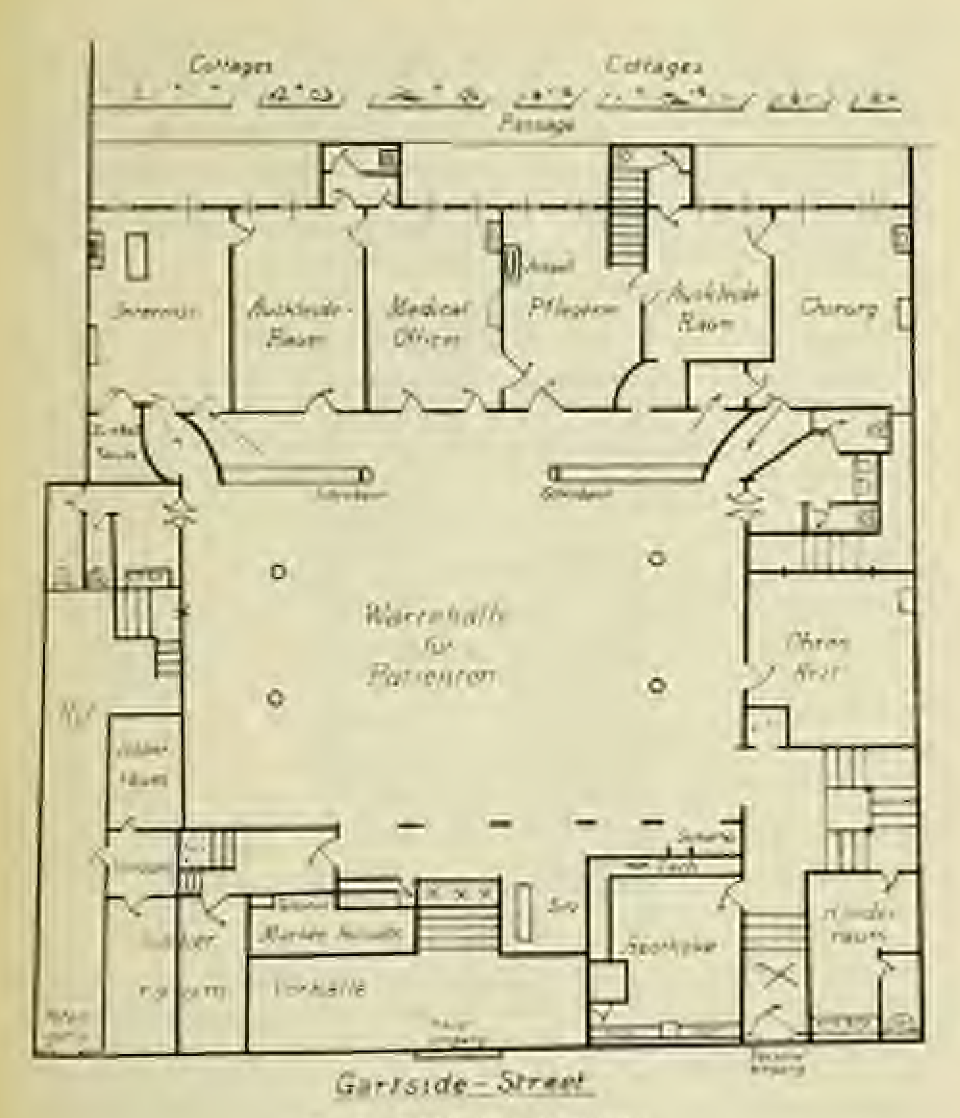


Fig. 4. Poliklinik in Manchester.

gelegt, daß der Zustrom der ankommenden Patienten dem Abstrom der Abgefertigten nicht begegnet, daß besonders getrennte Wege — übrigens alle ohne Stufen, bei Höhenunterschied schiefe Ebene — für die Infektionskranken vorhanden sind, daß der Strom der Patienten immer in einer Richtung sich vorwärts bewegt und an allen notwendigen Stationen, zum Schlusse an der Apotheke vorbeiführt. Zur Bewältigung der großen Frequenz sind tatsächlich sehr zweckmäßige Einrichtungen — auch Ankleide- und Auskleideräume in Verbindung mit den zahlreichen Ordinationsräumen — getroffen und die Gefahr der Übertragung ansteckender

Krankheiten ist durch ständige Kontrolle von seiten des ärztlichen und Pflegerpersonales sowie durch die riesige Ausdehnung der Wartehallen, in denen übrigens auch eine Kaffee-Bar selten fehlt, nach Möglichkeit eingeschränkt. Ich mache auch noch darauf aufmerksam, daß die Eintagsfliegen, die nur zu einer Konsultation kommen, von den Dauerpatienten abgetrennt werden. Kurz und gut, ich glaube wohl, daß wir in der Anlage von Polikliniken — allerdings von solchen mit sehr großer Frequenz — von den Engländern lernen können.



Fig. 5. Poliklinik in Liverpool.

Mit besonderer Vorliebe hat sich die öffentliche Wohlfahrtspflege und die Wohltätigkeit der Kinder angenommen, die von der Familie nicht erhalten oder erzogen werden können, die, verwaist oder verlassen, ohne Schutz der Familie dastehen, die in der Familie Grausamkeiten ausgesetzt sind oder trotz der Familie verwahrlosen, und schließlich der Kinder, die, von der Natur geistig minderwertig ausgestattet, eines besonderen Schutzes bedürfen. Da möchte ich zunächst des Foundling Hospital in London gedenken, in welchem eine große Zahl von Waisenkindern, nachdem sie in den ersten vier Jahren in ländlichen Pflegefamilien aufgewachsen sind, erzogen werden. Das Aussehen der Kinder und ihr Verhalten, soweit man es bei einem flüchtigen Besuch beurteilen kann, stellen der Erziehungsmethode ein gutes Zeugnis aus. Dann möchte ich die Distriktsarmenschulen erwähnen, von denen ich in London eine besucht habe, in denen die in elterlicher Pflege befindlichen Kinder armer Leute unterrichtet werden und in denen neuerdings die Kinder schon vom dritten Lebensjahre an Aufnahme finden. Wenn auch die Lehrerinnen

nicht recht wissen, was sie mit den jüngsten anfangen sollen, sind sie doch jedenfalls erheblich besser versorgt, als wenn sie sich auf der Straße unbeaufsichtigt herumtreiben. Vor allem aber ist die Armenpflege darauf bedacht gewesen, die Armenkinder dem Einfluß des Workhouse-Milieus, das ihrer körperlichen und moralischen Entwicklung wenig günstig ist, möglichst bald zu entziehen. Verschiedene Systeme sind in Gebrauch, ihre Erfolge werden aufmerksam verfolgt und gegeneinander abgewogen. Entweder werden die Kinder Einzelfamilien in Pflege gegeben oder gruppenweise in einzelnen Häusern oder in ganzen Kolonien auf dem Lande untergebracht. Die Armenverwaltung einer Großstadt mietet kleine Wohnhäuser (Scattered homes) in verschiedenen Teilen ihres Bezirkes, meist in den Vorstädten, und bringt dort unter Aufsicht eines vertrauenerweckenden Pflegeelternpaares je 10—20 Kinder unter, welche die allgemeine Schule besuchen, oder aber sie richtet draußen am Land Kolonien ein, deren Häuser (cottage homes) von Pflegeeltern mit je 20—30 Kindern bewohnt werden und deren Mittelpunkt eine gemeinsame Schule und Kirche ist. Für die verwahrlosten Kinder und die jugendlichen Verbrecher kommen die Industrial- und Reformatory Schools in Betracht, deren vorzügliche Organisation auch bei uns bekannt ist. Ihr Unterricht, ihre berufliche Ausbildung und ihr Einfluß auf die moralische Entwicklung der ihnen anvertrauten Jugendlichen erfreuen sich in England steigender Anerkennung.

Die Zeit meiner Studienreise habe ich in vollem Umfang für das Studium der Säuglingsfürsorge verwenden und habe vieles außer acht lassen müssen, was im engsten Zusammenhange damit steht. Die Einrichtungen Dr. Barnardos zum Schutze des Kindes, die wohl das größte und bewunderungswerteste Werk eines einzelnen Menschen auf dem Gebiete der Wohlfahrtspflege darstellen, kenne ich nur aus der Literatur. Erst nachdem ich englische Wohltätigkeit in ihren Vorzügen und ihren Nachteilen kennen gelernt habe, verstehe ich, daß dies der Boden sei, auf dem ein solches Werk entstehen konnte, aber auch entstehen mußte. Im übrigen muß ich mich damit bescheiden, auf ein jüngst erschienenes Buch „Dr. Barnardo, der Vater der Niemandskinder" von Immanuel Fries (II. Auflage, Verlag von Ernst Finsch) hinzuweisen.

Zum Schlusse möchte ich noch einen Versuch erwähnen, die schwach befähigten Individuen zu einigermaßen nützlichen Mitgliedern der Gesellschaft zu erziehen und die Gesellschaft vor Schädigungen durch diese Individuen zu bewahren, einen Versuch, dem der leider verstorbene Dr. Ashby, Manchester, ein Führer der englischen Pädiatrie, der sich besonders für diese Frage interessierte, seine eingehende Aufmerksamkeit geschenkt und seine Arbeit gewidmet hat. Er selbst hat die Auswahl unter den Aufzunehmenden getroffen, um die bildungsfähigen herauszusuchen. Der Zweck der Stiftung ist der, die Fähigkeiten der schwach Begabten soweit als möglich in praktischen Arbeiten auszubilden, sie selbst aber von Eheschließung und Fortpflanzung abzuhalten. Die Kinder werden frühzeitig aufgenommen, unterrichtet, später vorzugsweise mit landwirtschaftlichen

Arbeiten beschäftigt. Bis zu 17 Jahren darf man sie in den Kolonien festhalten, und man hofft so viel zu erreichen, daß sie dann freiwillig bleiben, auf Ehe verzichten und die Menschheit mit minderwertigem Nachwuchs verschonen. Vor allen Dingen ist das eine zu bedauern, daß Ashby vom Tode dahingerafft worden ist, ehe er seine humane Idee verwirklichen konnte. Er war der Mann dazu, um auch auf so schwierigem Gebiet Erfolge zu erzielen.

Die Ausbildung von Kinderpflegerinnen in England.

Die Kinderpflege in den wohlhabenden Familien Deutschlands wird mit Vorliebe Pflegerinnen anvertraut, welche ihre Ausbildung in England genossen haben. Die englische „Nurse“ scheint für viele Familien der Inbegriff dessen zu sein, was in Kinderpflege geleistet werden kann. Soeben, während ich diese Zeilen schreibe, erhalte ich einen Brief, in welchem für ein Flaschenkind von 4 Monaten eine zuverlässige „mit der englischen Kinderpflege vertraute, erfahrene Pflegerin“ gesucht wird. Überhaupt ist die Nachfrage nach gebildeten Damen, welche die Pflege und Erziehung eines gesunden Kindes in der Familie zu übernehmen geeignet und dafür ausgebildet sind, ständig im Steigen begriffen.

Ein besonderer Wunsch unserer Allerhöchsten Protektorin, Ihrer Majestät der Kaiserin, war es, daß im Kaiserin-Auguste-Victoria-Haus junge Damen für die Familienpflege gesunder Kinder ausgebildet würden, und der besondere Wunsch Ihrer Majestät verschaffte mir, wie ich in der Einleitung bereits erwähnte, den Auftrag für die Reise nach England, deren spezieller Zweck das Studium der Ausbildung von Kinderpflegerinnen war. Vor Antritt meiner Reise suchte ich mich über die Ausbildungsverhältnisse von Lady Nurses in England und Amerika zu orientieren. Ich darf aus den Antwortbriefen einige Zeilen anführen. Herr Professor Jakobi, New York, schreibt mir: „Wenn ich Sie recht verstehe, so bin ich herzlich froh, daß wir noch nicht so weit gekommen sind. Die beste Lady Nurse ist die Mutter, niedrig oder hoch, solange sie noch am Leben ist.“ Eine Erläuterung für diese Ansicht erhielt ich durch einen Brief von Herrn Kollegen Wachenheim, New York, in welchem es heißt:

> Es wird mich freuen, Ihre interessanten Fragen zu beantworten, obgleich sie wegen der verschiedenartigen socialen Verhältnissen hüben und drüben einige Vorbemerkungen erfordern.
>
> Erstens gibt es hier keine scharf definierten Klassen- resp. Standesunterschiede, so bewegt sich oft der Sohn eines europäischen Bauern in den fashionabelsten Kreisen, vorausgesetzt, daß er sich wenigstens einen Anstrich von Bildung angeeignet hat. Es folgt, daß jede Frau über dem niederen Arbeiter- oder Kleinhändlerstand als „Lady“ gilt; der Begriff umfaßt hier, was man in England in „gentry“, „upper middle class“ und „middle class“ teilt. Aus diesen Ringen kommt der hier recht hoch gestellte Stand der „trained

nurses"; der Ausdruck „lady nurses" würde auf den Amerikaner einen gehässigen Eindruck machen, denn er würde eine Krankenpflegerin von niederer Bildung und zweifelhafter Salonfähigkeit in seinem Hause überhaupt nicht dulden; so speisen z. B. die trained nurses nicht mit den Dienstboten, sondern am Tische der Herrschaft.

Alle größeren Hospitäler haben eine „school for trained nurses", wo die jungen Damen einen dreijährigen Kursus durchmachen, dessen Endzweck ein Diplom ist. Die Lohn einer nurse ist meist 100 bis 120 Mk. wöchentlich, also durchschnittlich etwas höher als der einer Schullehrerin. Mit den Verhältnissen in Deutschland oder auch in England ist, wie Sie sehen, kein Vergleich zu ziehen, die sozialen Besonderheiten der beiden Weltteile machen ihn unmöglich.

Minder geübte, „half-trained" nurses gibt es auch, namentlich als Kinderwärterinnen: sie genießen an einigen wenigen Kinderhospitälern einen kurzen Unterrichtskursus und bekommen einen Gehalt, ungefähr ein Viertel höher als ungeschulte Dienstboten, denen sie auch zugerechnet werden; sie gelten somit nicht als „ladies". Sehr reiche Familien gönnen sich den etwas kostspieligen Luxus einer „trained nurse" zur Erziehung der Kinder; diese funktioniert dann eventuell auch als Gouvernante.

Sie werden also sehen, daß die ganze soziale Grundlage von der europäischen verschieden und nur dem Eingeweihten leicht verständlich ist.

Auch in England war es mir nicht leicht, die ersten Informationen über die Ausbildung, speziell in Kinderpflege, zu erhalten. An den meisten Stellen, bei denen ich anfragte, erhielt ich nur allgemeine Angaben über die Ausbildung der englischen Krankenpflegerinnen, die sich nicht wesentlich von der deutschen unterscheidet. In den zahlreichen Kinderspitälern werden wie bei uns die Pflegerinnen für die Pflege des kranken Kindes ausgebildet und immer energischer wird eine Ausbildungszeit von 3 Jahren verlangt. Neben diesen „trained nurses" werden in einzelnen Hospitälern Schülerinnen aufgenommen, welche oft nur 3 oder 6 Monate, allenfalls ein Jahr, im Hospital bleiben und dann in Privatdienste treten. Die Verhältnisse der englischen Krankenpflege sind bei uns gut bekannt und werden als vorbildlich gerühmt.

Schwerer jedoch war es für mich, mich über die besondere Ausbildung von Pflegerinnen für die Familienpflege zu orientieren. Zwei Anstalten sind es, die sich in England eines besonderen Rufes erfreuen und die ich beide besucht habe.

1. The Norland Institute for the training of Children's Nursery on Froebelian principles (London).

2. The Princess Christian College for training Ladies as Childrens' Nurses.

Da mir bekannt ist, wie großes Interesse die Ausbildung der englischen Kinderpflegerin bei uns in Deutschland gegenwärtig findet und

wie schwer es ist, darüber sichere Nachrichten zu erhalten, halte ich es für begründet, ausführliche Mitteilungen über diese beiden Institute zu bringen. Es kann wohl dafür nichts besser geeignet sein als der Originalbericht unserer Schwester Olga *Zacharias*, welche im Auftrage unserer Anstalt monatelang in den beiden Instituten gearbeitet hat. Da aber auch alle Einzelheiten von Interesse sind, füge ich dem Bericht noch die Bestimmungen des Norland-Institutes an, die in vieler Richtung als vorbildlich gelten dürfen.

Soweit ich selbst mich in den Instituten sowie durch Rücksprache mit englischen Familien und hervorragenden englischen Ärzten orientieren konnte, besteht der Vorzug der englischen Nurses, die in diesen Instituten ausgebildet sind, darin, daß sie für die körperliche Pflege des *gesunden* Kindes und für die Beschäftigung des älteren Kindes gut ausgebildet sind, daß sie die spezielle Körperpflege des Kindes (Haut, Haar usw.) ausgezeichnet verstehen und daß sie in allen praktischen Arbeiten, die für das Kind notwendig sind, so weit unterrichtet werden, daß sie sie im schlimmsten Falle selbst leisten, mindestens aber andere Untergebene richtig anweisen können. Der Nachteil der Ausbildung besteht meiner Ansicht nach darin, daß die Schülerinnen über Ernährung der Kinder, über Zubereitung der Nahrung, Asepsis unzureichend unterrichtet werden. Dazu kommt, daß sie die Durchführung der natürlichen Ernährung und ihre Schwierigkeiten nicht praktisch kennen lernen, denn die Kinder in der Nursery sind sämtlich künstlich ernährt. Die Ausbildung, welche doch in vieler Beziehung zu sehr auf Äußerlichkeiten gerichtet ist, ist oberflächlich und steht in um so schärferem Gegensatze zu den Ansprüchen auf Selbständigkeit, welche die englische Nurse in der Familie leider nur allzuhäufig auch bei Erkrankungen des Kindes stellt. Wenigstens sind mir in dieser Richtung vielfach in England und bei uns Klagen von seiten der Ärzte geäußert worden. Im übrigen brauche ich auf die Einzelheiten nicht einzugehen, sondern verweise auf den folgenden Bericht.

Bericht von Schwester Olga Zacharias.

Das Norland Institute in London wurde im Anfang der 90er Jahre von Mrs. Walter *Ward* gegründet, um den jungen Mädchen der Mittelklassen einen neuen Beruf zu eröffnen und gleichzeitig dem immer mehr sich geltend machenden Bedürfnis nach ausgebildeten Kinderpflegerinnen Rechnung zu tragen.

Diese Ausbildung sucht das Norland Institute durch Erteilen theoretischen Unterrichts und praktische Betätigung in den sogenannten nurseries zu erreichen. Im Anfange war eine ausschließlich theoretische Ausbildung von 6monatiger Dauer vorgesehen, später wurden 3 Monate Krankenpflege in einem Hospital hinzugefügt und vor 5 Jahren wurden nach dem Vorbild der Anstalt in Manchester (Princess Christian's College) die nurseries dem Institut angegliedert, und die jungen Mädchen dort

bei babies praktisch angelehrt. So erstreckt sich jetzt die ganze Ausbildung auf ein Jahr. Auch wird den jungen Mädchen Gelegenheit gegeben, als Hospitanten dem Unterricht in einer Volksschule beizuwohnen sowie dem Fröbelunterricht in einem Kindergarten, der ebenfalls seiner Zeit von Mrs. Ward gegründet wurde. Die Kosten dieser Ausbildung betragen 75 £; dazu kommen die Anschaffungen für Bettwäsche, Handtücher, Küchentücher, da nichts vom Institut geliefert wird. Die vorgeschriebene Anzahl der Wäschestücke entspricht aber durchaus nicht den hygienischen Anforderungen, die man gewohnt ist in Deutschland zu stellen. Ebenso ist mir aufgefallen, daß der Wäschevorrat für die Kranken in den englischen Hospitälern auffallend klein ist.

Das Norland Institute legt bei weitem das größte Gewicht auf die Kindergartenausbildung, während im Gegensatz hierzu das Princess Christian College in Manchester die Ausbildung in der Körperpflege als erste Hauptaufgabe betrachtet. In dem Norland I. können im ganzen 46 Mädchen aufgenommen werden, 16 in den nurseries, die in einem besonderen Hause liegen, 30 in dem Institute selbst, in dem die theoretische Ausbildung sowie das Erlernen des Haushaltes stattfindet. Der erste Kurs umfaßt in den Vormittagsstunden häusliche Arbeiten, Kochen, Waschen, Plätten, in den Nachmittagsstunden Botanik, Zoologie, Hygiene, Psychologie der Kinderseele, Fröbels Leben und Lehren, die Anleitung zum Erteilen des ersten Schreib- und Leseunterrichts, Malen, die ersten Kindergartenarbeiten und Spiele.

Im zweiten Vierteljahr werden die Mädchen in verschiedene Krankenhäuser gesandt, im dritten Vierteljahr wird die theoretische Ausbildung fortgesetzt und im letzten Vierteljahr kommen die Mädchen in die nurseries.

In kurzen Zügen haben wir den Lehrgang festgelegt; wie wird nun die Ausführung gehandhabt, wie ist der Zuschnitt des ganzen Instituts?

Die jungen Mädchen schlafen zu je 4 in einem sogenannten dormitory zusammen, einem größeren Raum, der in cubicles abgeteilt ist. In einem solchen von einer Gardine eingefaßten Abteil befinden sich ein Bett, Stuhl und eine kleine Kommode mit dem Waschgeschirr darauf; Garderobe oder Kleiderschrank gibt es nicht; 2 Haken dienen zur Aufbewahrung der Kleider; 3 Badezimmer sind vorhanden und einmal die Woche darf jede Schülerin ein warmes Bad nehmen.

Ehe das junge Mädchen den Haushaltungskurs beginnt, sei es Reinmachen, Waschen oder Plätten, werden ihm die Regeln und die Art und Weise diktiert. Theorie und Praxis stehen sich hier aber schroff gegenüber, z. B. heißt es: Die Wäsche muß gekocht werden, nachdem sie gewaschen usw. Tatsächlich wurde sie aber nie gekocht, da kein Waschkessel vorhanden war; wir erhielten daher auch nur verhältnismäßig reine Sachen, wie Kinderkleider zum Waschen. Das Reinmachen wäre für unsere deutschen Begriffe durchaus ungenügend gewesen. Als ich einmal beim Abstäuben eine Dame bat, des Staubes wegen hinauszugehen, erhielt ich zur Antwort: you can't be English, they only dust the chairs a bit, that's all.

Das tägliche Mittag- sowie Abendessen wird von den Schülerinnen zubereitet, die auch mit Ausnahme der Fleischteller alles Geschirr abwaschen müssen. Auf die Zubereitung der Kindernahrung wurde keine besondere Rücksicht genommen.

Die theoretische Ausbildung der jungen Mädchen umfaßt so viele Gebiete, daß es nicht möglich ist, dieselben in so kurzer Zeit wirklich zu erfassen. Es würde nur Fortgeschritteneren möglich sein, und da die jungen Mädchen in den wenigsten Fällen gebildeten Kreisen entstammen und ihr Bildungsniveau ein bedeutend geringeres als das unsere ist, haben sie Schwierigkeiten dem Unterricht zu folgen. Allerdings sind die Ansprüche, die an die Leistungen gestellt werden, dementsprechend; wir hatten z. B. einen Aufsatz über Bäume zu liefern; ja, wie machte man den? Die Lehrerin nannte ein Buch, man ging hin, kaufte es sich und schrieb säuberlich ab. — In meinem Kopf herrschte oft ein feines Durcheinander: Zusammensetzung der Luft, des Wassers, Bau der Lunge, Lebensgeschichte des Frosches, Papierfalten, geistige Entwicklung des Kindes, Fröbels Leben und Lehren, Nähen, smocking, Koch- und Waschregeln, Botanik nicht zu vergessen. Sehr viel kann bei diesem Durcheinander nicht herauskommen, da wir für jedes nur 1 Stunde pro Woche hatten; bei genügenden Vorkenntnissen kann man natürlich immer etwas lernen. Der Lehrgang ist auf Fröbelschen Grundsätzen aufgebaut, da Mrs. Ward F r ö b e l eine schwärmerische Verehrung entgegenbringt. Die Fröbelstunde war oft recht interessant; so wurden die einzelnen Lieder durchgenommen, und wir mußten an ihnen die verschiedenen Erziehungsprinzipien herausfinden. Die englischen Kinder sollen immer von den nurses und zwar ganz systematisch beschäftigt und zum Spielen angeleitet werden; ob man den Kindern nicht die Lust und Freude am eigen erfundenen Spiel, überhaupt die Fähigkeit, sich selbst zu beschäftigen, nimmt, ist eine Frage, die sich unwillkürlich einem aufdrängt.

Einige kleine Proben von der Art, wie der Unterricht, der meistens im Diktieren bestand, gegeben wurde, möchte ich hier folgen lassen.

Child's nature.

A vast difference lies between the mental life of the child and the mental life of an adult. The mental processes called into beam in the child's effort to meet certain situations will and must be very different from those aroused in the adult in similar circumstances. Perhaps a child will make no response at all when an adult may be intensely alive: for example a sunset.

* * *

Streams or Fields of consciousness. It is obvious to anyone that in each person when awake some kind of consciousness is going on. There are sensations of light, sound and heat, there are feelings and memories etc. All these things seem present in some degree to our consciousness, but generally we can find some part, that predominates. This

takes up the main part of our consciousness and makes it the centre of our feeling. Other things, feelings and thoughts surrounding it are called the margin. Margin and centre very often quickly change places. What is the work of the stream of consciousness?

1. leads to knowledge.

2. leads to action.

* * *

In the fear experiences of children we find reflections of long distant ages of the world. Children are afraid of water, wind, darkness, thunder and lightning, animals, fur, big eyes, teeth, ghosts, dreams. These fears are traces of a long struggle, which our race has gone through with animals with big eyes, big teeth, etc. . . . Fear can be innate or inherited, so timid mothers often have timid children.

* * *

Ways in which children can be taught punctuality and order.

1. Be always punctual yourself, teach children, that if they keep people waiting, they are selfish.

2. Let the child put his own things away, let him have his own time for play. Let child have his own drawers and cupboard.

3. Let him keep pets and attend them.

4. Let the child see and feel, that you and it are governed by law, that in all things there reigns one law to which all are subject.

Air.

Necessity of air: To keep the organs of our body in good health, they must be nourished by good air; air is the chief necessity of life. Compositon:

Oxygen O $^1/_5$ is a gas which dilutes O.

Nitrogen N $^4/_5$.

Carbon dioxide is a gas given out by people and animals, always some present in the air, most in towns; harmless in small quantities; in large quantities it causes headache.

Water vapour:

1. Solid: Impurities of air, dust, germs, soot, pollen, bits of wood, skin, hair, sand, bits of glass.

2. Gaseous: Smells given off by trade processes, from decayed animal and vegetable matter.

Natural means of removing impurities. Wind is moving air, blows impurities away. — rain —

3. Plants: We breathe out CO^2 or waste matter not wanted by the body; plants take the carbon and make use of it, giving out the O, thus purifying the air.

Food.

Food is required for three chief purposes.

1. to repair the waste constantly going on and to build up new tissues.

2. to maintain heat.

3. to supply force and energy.

Food may be divided in two different classes:

1. Nitrogenous — N. is found in all living matter, is necessary to life:

These foods are sometimes called.

Proteides — they contain:

C. H. O. N. S.

Such foods as:

Poultry, cheese, meat, fish, eggs, porridge, flour, milk etc.

These foods make flesh and muscles.

2. Non nitrogenous food:

C. H. O. S.

Starches: Such as are found in potatoes, flour, rice, sago, tapioca, many vegetables.

Sugars: Sugar cane, treacle, beet, some fruits and vegetables, milk.

Fats: Butter, cream, lard, dripping, oil, fat of meat.

Uses of the blood.

It contains dissolved nutrient matter:

It conveys material to the various glands, which prepare secretions.

It carries Ox to all tissues.

It distributes heat.

It collects waste matter and conveys them to the various excretary organs. It moistens the various tissues.

Causes of Indigestion.

1. 1. Want of proper mastication.
2. Improperly cooked food.
3. Eating too frequently or at too long intervals.
4. Too much liquid taken at the beginning of a meal.
5. Liquids too hot or too cold.
6. Tea that has stood too long.
7. Excess or deficiency of food.
8. Violent exercise directly after meal.
9. Mental worry and many others.

In den nurseries findet das junge Mädchen also nun Gelegenheit, ihre theoretisch erworbenen Kenntnisse in die Praxis umzusetzen. Tritt dasselbe in die nurseries ein, so wird es under nurse, untersteht einer head nurse. Ihre Pfleglinge rekrutieren sich aus Kindern der besseren Gesellschaftsklasse, oft sind es solche, deren Eltern in den Kolonien oder auf Reisen sind, öfter auch solche, deren Mütter durch ihren Beruf verhindert sind, die Sorge für ihr baby selbst zu übernehmen.

Das Haus ist in verschiedene nurseries geteilt, deren jede einen besonderen Namen trägt; eine jede nursery besteht aus 2 Zimmern, eines für die Nacht, eines für den Tag, und Mrs. Ward hat ihr möglichstes getan, den Zimmern den Anstaltscharakter zu nehmen und den Kindern den Aufenthalt angenehm zu machen. Die jungen Mädchen sind 3 Wochen under nurse, werden dann head nurse und lehren ihrerseits wieder students an. Über dem Ganzen steht eine Oberin (superintendent), ihr zur Seite 2 bezahlte head nurses. Die babies machten einen gesunden, kräftigen Eindruck, waren auch sauber und reinlich gekleidet und gehalten. Im Gegensatze zu Deutschland wird das Hauptgewicht auf frische Luft gelegt, das baby ist fast den ganzen Tag im Freien, nicht übermäßig warm gekleidet. Wohl aber tragen sie Flanellunterzeug und schlafen auch zwischen wollnen Decken; weder mit Baumwolle noch Leinen kommt der Körper in Berührung. Auch die Zubereitung der Milch entspricht nicht der unsern: sie wird nicht sterilisiert, sondern dem Alter des Kindes entsprechend mit gekochtem Wasser verdünnt und erwärmt; den ganzen Tag steht sie im Zimmer in einem offenen Gefäße mit einem Mulltuche zugedeckt. Wickelkommoden gibt es gar nicht, die Kinder werden alle auf dem Schoße zurechtgemacht.

Vollkommen fehlt in dem Institute eine ärztliche Kontrolle, auch sind keine Isolierzimmer für Infektionskrankheiten vorhanden, und die ganzen Einrichtungen entsprechen nicht den in Deutschland herrschenden Anschauungen. Die Mädchen erhalten meiner Ansicht nach eine zu einseitige Ausbildung, nur für ein gesundes baby berechnet. In dem dreimonatigen Hospitalkursus sollten sie allerdings Gelegenheit gehabt haben, mit kranken Kindern in Berührung zu kommen, doch ist das nach Aussage meiner Mitschülerinnen nicht in jedem Hospital der Fall. Oft werden diese Hospitantinnen hauptsächlich zu häuslichen Arbeiten verwendet, da manche Ärzte die ganz unerfahrenen Mädchen an Kranke nicht gerne heranlassen. Ich selbst habe solchen Kurs nicht durchgemacht und berichte daher nur, was mir mitgeteilt ist.

Ich möchte mein Urteil über das Norland-Institut dahin zusammenfassen, daß die Ideen und Absichten, die Mrs. Ward zur Gründung veranlaßten, nachahmenswert und gut sind, das aber die Ausbildung keine durchwegs gründliche genannt werden kann. Wohl aber erhalten die Mädchen so viel Kenntnisse, daß ein denkender, kluger Mensch sich selbst weiter bilden und in der Praxis zu einer guten nurse werden kann. Es herrscht eine gewisse Oberflächlichkeit im Institute, verbunden mit einem gewissen Anstrich äußerer Zierlichkeit und Nettigkeit; ein

kleiner bezeichnender Zug mag noch angeführt werden; in dem Wohnzimmer der students laufen Bücherschränke rings um die Wände; aber die Schränke enthalten nur Rücken, dahinter liegen Nähutensilien. Das Institut verschafft den ausgebildeten nurses Stellen und behält auch später Fühlung mit ihnen; mehrere Male kommen im Laufe des Winters die früheren Zöglinge des Instituts abends im Institute gesellig zusammen; auch sind die Damen, die Norland nurses nehmen, verpflichtet, zeitweilig Berichte über dieselben an das Institut zu schicken, sowie sich an die vom Institute aufgestellten Bedingungen, die Tätigkeit der nurse betreffend, zu halten.

Zum Schlusse möchte ich noch das Verzeichnis der Zeugnistabelle hinzufügen:

I. Häuslicher Arbeitskurs.

Handarbeit.

a) Mustertuch.
b) Flicken.
Kochen.
Waschen.
Plätten.

Geistige Fähigkeiten (intellectual Qualities).

Naturgeschichte.
Malen.
Singen.
Hygiene der Kinderstube.
Geschichten erzählen.

Moralische Eigenschaften.

Pünktlichkeit.
Ordnung (Neatness).
Personal neatness.
Takt.
Charakter (temper).
Allgemeine Fähigkeiten.

II. Zeugnis für das Hospital.

Pünktlichkeit.
Ordnung.
Reinlichkeit.
Takt.
Charakter.
Fähigkeit Kinder zu unterhalten.
Interesse an der Arbeit.
Wunsch, sich selbst weiter zu bilden.
Allgemeine Fähigkeiten.

III. Zeugnis für technische Ausbildung.

a) Technical.

Nähen von 2 Kleidungsstücken.
Zuschneiden.

b) Intellectual.

Naturgeschichte.
Zeichnen und Malen.
Singen.
Hygiene der Kinderstube.
Geschichten erzählen.

c) Moralische Eigenschaften.

Pünktlichkeit.
Neatness.
Takt.
Charakter.
Allgemeine Fähigkeiten.
Lehrfähigkeit.

VI. Zeugnis der Nurseries.

Zeit in der nursery als:
a) Head nurse;
b) under nurse;
c) allein ohne Hilfe;
d) Equal of two;
e) als zweite nurse unter einer head nurse mit Kindermädchen.
Inordnunghalten der Kinderstube.
Körperpflege.
Äußere Sorgfalt beim Kind.
Nähen und Instandhalten der Garderobe.

Nursery technical and Intellectual.

a) Kinderspiele;
b) erster Unterricht 4—8 Jahre.
Umgang mit Kindern.
Moralische und religiöse Unterweisung.
Methode.
Persönliche Manieren.
Verantwortlichkeitsgefühl.
Allgemeine Fähigkeiten.

The Princess Christian's College.

In der Einleitung erwähnten wir das Princess Christian College, das zuerst in England nurseries einrichtete und dazu folgendermaßen veranlaßt wurde. The Gentlewomen's Employment Association in Manchester, die Damen Beschäftigung verschafft und für die verschiedensten Berufe ausbilden läßt, schickte auch einige Mädchen in das Norland-Institute, das damals nur theoretisch ausbildete und einen dreimonatigen Kurs im Hospitale absolvieren ließ. Als eine dieser Damen anstatt in ein Hospital in eine orthopädische Anstalt geschickt wurde, wollte man lieber den Versuch machen, nurses selbst auszubilden, und so entstand das Princess Christian College, das noch heute unter dem „Management of the Gentlewomen's Employment Association" steht. — Im Gegensatze zu dem Norland-Institute legt es das Hauptgewicht auf die körperliche Kinderpflege. Die babies stehen unter ständiger ärztlicher

Aufsicht. Der erste Kinderarzt Englands, Dr. Ashby, hatte seine ganze Aufmerksamkeit und sein Interesse diesem Institute zugewandt; nicht das kleinste Detail entging seinem wachsamen Auge. Unterstützt wurde er in seinen Bestrebungen durch die Vorsteherin, die sich mit großer Hingabe ihren Pflichten widmet und das Institut aufs vorzüglichste leitet. Als Pflegerinnen werden hier nur Damen aufgenommen, die sich persönlich melden müssen und über deren Aufnahme das Komitee entscheidet.

Die Dauer der Ausbildung umfaßt 8 Monate; im nächsten Jahre soll sie auf ein Jahr verlängert werden. Die Kosten betragen 60 £. Das Mitbringen von irgend welcher Wäsche ist nicht erforderlich, da alles in ausreichender Menge im Institute vorhanden ist. Das Princess Christian College ist zur Aufnahme von 24 students und 9 babies eingerichtet; die nurseries befinden sich in demselben Hause. Von den 8 Monaten werden 4 in den nurseries zugebracht, je 1 Monat abwechselnd mit anderem Unterrichte, der sich auf gründliches Waschen und Plätten, das Kochen der Kindernahrung, Nähen und Inordnunghalten der Kleidung, Fröbelunterricht, Säuglingsernährung und erste Hilfe bei Unglücksfällen erstreckt. Dienstboten sind vorhanden, so daß die grobe Hausarbeit, die man im Norland-Institute leisten muß, fortfällt; außer den nurseries haben die jungen Mädchen nur ihre eigenen Schlafzimmer zu reinigen. — Sie schlafen auch hier zu 4 bis 6, jede in einem cubicle, zusammen, nur sind die Zimmer sehr viel besser und hygienischer gehalten.

Die Mädchen erhalten regelmäßig 3 warme Bäder pro Woche; zu jeder Zeit ist heißes Wasser vorhanden und an den freien Nachmittagen dürfen sie außerdem baden. Die Ordnung im Institute ist musterhaft; so war es strenge verboten, Mäntel im Schlafzimmer aufzuhängen oder seine Stiefel dort zu haben; jedes Mädchen hat unten in der Garderobe einen eigenen kleinen Stiefelbort. Sehr viel Wert wird auf größte Pünktlichkeit und Reinlichkeit gelegt; die Mädchen werden ständig überwacht, auch in ihrem Anzuge kontrolliert, da die Vorsteherin sehr richtig sagt, wer nicht selbst peinlich sauber und ordentlich in seinem Anzuge wäre, würde es auch nicht bei Kindern sein. Ihr Hauptbestreben ging dahin, den jungen Mädchen klarzumachen, daß sie ihre Stellung berufsmäßig (professional) aufzufassen und sich dementsprechend auch später zu verhalten hätten. Die Mädchen werden hier mehr individuell behandelt und dementsprechend ist auch der ganze Zuschnitt und der Ton des Hauses. Die Disziplin ist vorzüglich und obwohl z. B. die Lehrerin des Wasch- und Plättkurses sehr jung war, ging alles wie am Schnürchen, und man lernte brillant. In der Kochstunde lernen die Mädchen ausschließlich das Zubereiten der Kindernahrung, die viel leichter und einfacher als bei uns ist. Jedes Mädchen ist 3 Wochen lang Unterköchin und 3 Wochen lang Oberköchin, damit hat sie die ausschließliche Verantwortung für das Essen der sämtlichen Kinder.

Die Küche für die Kinder ist streng von der fürs Haus geschieden. Die Milch für die Säuglinge wird hier sterilisiert; jede head nurse bereitet jeden Abend nach dem Essen die Milch für das ihr anvertraute Kind

unter der Aufsicht einer Lehrerin. Die Zubereitung ist folgendermaßen: Die frisch angekommene Milch wird zum Abrahmen 4 bis 5 Stunden hingestellt, mit einem Heber (syphon) die Magermilch entfernt, bis der Rahm bleibt oder das für das Kind bestimmte Quantum von Vollmilch. Dann wird die Milch von jeder nurse, dem Alter des Kindes entsprechend, verdünnt und je nach Vorschrift mit Kalkwasser, Gerstenschleim, Magnesia oder Milchzucker vermischt. Für jedes Kind sind zwei größere Glasflaschen vorhanden, in die die so zusammengesetzte Milch hineingegossen und mit einem Wattebausch verschlossen wird. Nachdem diese Flaschen in kleinen kupfernen Sterilisierkesseln sterilisiert sind, werden dieselben in den Keller gebracht und in einem Behälter mit fließendem Wasser aufbewahrt. Jede Flasche trägt auf einer kleinen, weißen, runden, beinernen Marke den Namen des Kindes, für das sie bestimmt ist. Für jede Mahlzeit wird ein bestimmtes Quantum abgemessen und in kochendem Wasser erwärmt, auch per Thermometer genau die Wärme der Milch festgestellt. Die Flaschen werden in Sodawasser gereinigt und liegen mit dem Sauger den ganzen Tag im Wasser. Der Sauger wird nach Benutzung jedesmal umgedreht und mit einer Bürste gereinigt.

Am Ende des ganzen training wird ein Examen abgelegt. Die Mädchen werden in Hygiene und Säuglingspflege von einer Ärztin ausgebildet; an den folgenden Examensfragen läßt sich der Studiengang am besten verfolgen.

I. term.

1. Beschreiben Sie den normalen Stuhl eines Kindes. Welche Veränderungen können im Stuhle eintreten? Was bedeutet jede dieser Veränderungen?

2. Geben Sie an, auf welche Art und Weise tägliche Regelmäßigkeit in den verschiedenen Gewohnheiten des Kindes erzielt werden kann.

3. Geben Sie eine Analyse der Mutter- und Kuhmilch. Wie verhält sich die Zuträglichkeit der Muttermilch für das Kind im Verhältnis zu derjenigen der Kuhmilch?

4. Ein 4 Monate altes Baby gedeiht nicht an der Mutterbrust, da die Milch dünn ist und rasch abnimmt; wie kann das Baby ernährt werden? Was ist nach Ihrer Ansicht die beste Methode? Geben Sie Ihre Gründe dafür.

II. term.

1. Von welchen Gesichtspunkten aus würden Sie eine Diät für ein Baby aufstellen?

2. Sie sollen ein 4 Monate altes Kind untersuchen, das

a) überernährt,
b) unterernährt,
c) richtig ernährt ist.

Was würden Sie in jedem einzelnen Fall erwarten und auf welche Anzeichen hin würden Sie annehmen, daß das Kind *a*, *b* oder *c* ist?

3. Wie würden Sie ein 4 Wochen altes Kind, das zu früh geboren ist, anziehen und waschen? Geben Sie die erforderlichen Vorsichtsmaßregeln an.

4. Geben Sie die ersten Hilfeleistungen bei folgenden Unglücksfällen an:

a) Schnitt über Augenbrauen;
b) Brandwunde an Arm und Hand;
c) Treppe heruntergefallen.

5. Auf welche Anzeichen hin würden Sie glauben, daß sich beim Kinde Keuchhusten entwickelt? Beschreiben Sie die Pflege beim Keuchhusten, erwähnen Sie die Gefahren, auf die man achten muß, und welche besonderen Maßregeln Sie ergreifen würden.

6. Geben Sie die Anzahl der Pulsschläge und Atemzüge an sowie die normale Temperatur eines einjährigen Kindes und einer erwachsenen Person.

Bestimmungen des Norland Institute

for the training of Children's Nursery Nurses on Froebelian principles.

Die Ausbildungszeit dauert ein Jahr, und zwar wird dies Jahr eingeteilt in:
12 Wochen im Norland Institute,
13 Wochen in einem Kinderspital,
2 Wochen Ferien,
10 Wochen im Norland Institute,
4 Wochen Ferien,
10 Wochen in der Nursery.
Der Kursus im Institut ist folgendermaßen eingeteilt:

I. Praktische Haushaltung.

A. Haushaltung.

Von einer guten Lehrerin werden die Schülerinnen praktisch unterrichtet in
einfachem Kochen und Waschen.
allgemeiner Haushaltungsarbeit.

Die Haushaltarbeiten im Institute werden in diesen 12 Wochen des praktischen Dienstes zum größeren Teil von den Schülerinnen übernommen.

B. Nähen.

1. Unterricht im Nähen und Flicken, soweit man es für das Anfertigen und Flicken einfacher Kinderkleider gebraucht,
2. Zuschneiden,
3. Kleidermachen für kleine Kinder.

C. Hygiene der Kinderstube und Pflege und Ernährung des Kindes.

Einfache Medikamente.

II. Im Kinderspital.

Kranke, rekonvaleszente oder auch unheilbare Kinder können nur dann richtig gepflegt werden, wenn bei der Nurse eine praktische Ausbildung durch Fachleute vorausgegangen ist, und obgleich die Schülerinnen des Institutes für die Pflege gesunder Kinder ausgebildet werden, so ist trotzdem ein allgemeiner Überblick über die Prinzipien der Krankenpflege für die Vorsteherin der Kinderstube von großem Nutzen.

Das Institut hat mit 10 Hospitälern in der Provinz und einigen in London ein Abkommen getroffen, nach welchem diese die Schülerinnen aufnehmen und ausbilden, allerdings unter der Bedingung, daß sie keineswegs als ausgebildete Krankenpflegerinnen gelten.

Keine Schülerin darf das Hospital vor Ablauf ihres Kursus von 3 Monaten verlassen, ohne einen Ersatz zu stellen.

Jede Schülerin, mit der die Oberin des Hospitals nicht zufrieden ist, kann entlassen werden. In diesem Falle ist die vor dem Hospitaleintritt bezahlte Summe verfallen. Wenn außerdem minderwertige Leistungen im Institute selbst vorliegen, so wird die Schülerin als ungeeignet für diesen Beruf angesehen und ersucht, das Institut zu verlassen.

III. Fröbelscher Unterricht.

Bei der Rückkehr aus dem Hospital erhalten die Schülerinnen Unterricht in:

1. Fröbelschen Beschäftigungen und Methoden.
2. Fröbelzeichnen usw.
3. Erziehung.
4. Pflege und Behandlung kleiner Kinder.
5. Handarbeit.

Das Examen aus der Fröbelschule ist nicht ausschlaggebend für das Zeugnis des Institutes. Überhaupt nehmen die Zeugnisse des Schlußexamens mehr Rücksicht auf die praktischen Kenntnisse und das praktische Wissen der Nurse im allgemeinen als auf die Resultate des Examens selbst.

IV. Nursery.

Die für die Kinderstube nötigen Erfahrungen erwerben sich die Nurses in den Norlandnurseries, in denen sie als Unternurse, dann als Abteilungsnurse arbeiten und in denen bis zu 14 Kindern aufgenommen werden. Jede Schülerin befindet sich eine Zeitlang als Abteilungsleiterin an der Spitze einer Tag- und einer Nachtnursery und wird durch eine andere, welche das Amt der Undernurse versieht, unterstützt. Im großen und ganzen sind in einer Tag- und Nachtnursery 8 Kinder verschiedenen Alters von 1 Monat bis zu 8 Jahren.

Früher hatten die Nurses die Verpflichtung, ein halbes Jahr in einem Privathause Dienste zu tun, ehe sie als ausgebildet betrachtet wurden, aber seit der Einrichtung der Nurseries im Institut selbst sollen die Nurses fähig sein, die volle Verantwortung für eine Nursery zu übernehmen. Jedoch können nicht alle Nurses diesen Grad der Ausbildung erreichen, und sie werden darum in 2 Gruppen eingeteilt:

Gruppe I: Über 21 Jahre alt, welche durch besondere Eignung, tadelloses Benehmen und Geschicklichkeit während des ganzen Kurses sich auszeichnen. Ungefähr ein Drittel kann in diese Gruppe eingereiht werden und es werden ihnen auf Wunsch vom Institut Stellen vermittelt mit einer Bezahlung von 26—30 Pfund per Jahr (520 bis 600 Mark).

Gruppe II: Unter 21 Jahre alt, außerdem solche, die bei etwas Führung oder Aufsicht ihre Stellung gut ausfüllen. Weiter solche, die die Kinderpflege nicht als Beruf auffassen, sondern nur zeitweilig Stellung wünschen. Diesen werden auf Wunsch Stellungen verschafft mit Gehalt von 20—24 Pfund (400—480 Mark) pro Jahr.

Stellungen.

Das Institut macht sich nicht verbindlich, Stellungen für die jungen Damen zu finden, gibt sich jedoch alle Mühe, einen ihnen in jeder Beziehung zusagenden Platz zu finden, aber nicht mehr wie einen im Jahr.

Dienstkleidung.

Die Dienstkleidung des Institutes darf nur von den Nurses getragen werden, deren Arbeit durch das Institut vermittelt wird. Wenn eine Schülerin sich ihre Stellungen selbst suchen will, so hat sie die Dienstkleidung abzulegen.

Zeugnisse.

Zeugnisse werden mehr nach dem Erfolge der einzelnen Perioden der Ausbildung als nach dem des schriftlichen Examens gegeben.

Subskription.

Alle Mitglieder des Institutes zahlen eine jährliche Subskription von 6 Schilling, diese wird durch einen vierteljährlichen Abzug von 1 sh. 6 d. von den betreffenden Gehältern eingezogen.

Kosten der Ausbildung.

Die jungen Damen haben zu zahlen 74 Pfund 5 sh. (1500 Mark). Darin ist enthalten:

1. Freie Wohnung, Beköstigung und Wäsche im Institut und Hospital.
2. Unterricht mit Materialien.
3. Zahlungen an Hospital und Reisekosten zwischen Institut und Hospital.
4. Die erste Dienstkleidung (2 Hauskleider, 4 Schürzen, 1 [illegible]kleid, 1 Mantel, 1 Haube, 2 Paar Handschuhe).

Die Schülerin braucht ein kleines Taschengeld von nicht mehr als 2 sh. pro Woche, alles andere ist in den Ausbildungskosten enthalten.

Bei Krankheit der Schülerin hat die Familie zu bezahlen.

Die Zahlungen erfolgen:

30 Pfund (600 Mark) beim Eintritt;
20 Pfund (400 Mark) am Ende der ersten 3 Monate;
16 Pfund (320 Mark) bei der Rückkehr ins Institut;
8 Pfund 8 sh. (168 Mark) beim Eintritt in die Nursery.

In der Nursery hat die Schülerin sich mit 2 einfachen Waschkleidern, 1 Mantel und 1 Haube zu versorgen, zusammen im Betrage von 4 Pfd. 2 sh. 6 d. (82 Mk. 40 Pf.).

Eintrittsregeln, Quartalsregelung.

Die ersten 2 Wochen nach dem Eintritt gelten als Probezeit. Wenn eine Schülerin der Vorsteherin ungeeignet erscheint, wird sie aufgefordert, das Institut zu verlassen, ohne daß Gründe angegeben werden. Dann werden für jede Woche 1 Pfund von dem eingezahlten Honorar abgezogen, den Rest erhält sie zurück. Wenn eine Schülerin auf eigenen Wunsch das Institut verläßt, so hat dieselbe keine Verpflichtung zur Rückzahlung.

Wenn später eine Schülerin von der Vorsteherin wegen absoluter Unbrauchbarkeit oder wegen ihres Benehmens für nicht passend zur Pflege und Erziehung kleiner Kinder befunden wird, so kann sie auch dann noch entlassen werden.

Es besteht ein Fonds, aus welchem Unbemittelten ein Teil der Ausbildungskosten vorgeschossen werden kann. Der Betrag wird dann später von den Löhnen abgezogen. Des weiteren besteht ein Fonds, der durch die Nurses erhalten wird, daraus kann einer besonders tüchtigen Schülerin freie Ausbildung gewährt werden. Wer von diesem Fonds Gebrauch machen will, muß über 21 Jahre alt sein.

Gehälter.

Für Nurses der Gruppe I beträgt das Anfangsgehalt 26—30 Pfund (520 bis 600 Mark) und steigt pro Jahr um 2 Pfund (40 Mark).

Für Nurses der Gruppe II beträgt das Anfangsgehalt 20—24 Pfund (400 bis 480 Mark) und steigt pro Jahr um 2 Pfund (40 Mark). Jedoch ist diese Zulage von der Arbeitsleistung abhängig und davon, daß sie ein Jahr in einer Stelle geblieben sind. Nach 5 Jahren, wenn ihre Zeugnisse zufriedenstellend sind, führen sie die Bezeichnung „Private Nurse of the Norland Institute". Sie dürfen dann ihre Stellungen selbst suchen und Gehaltserhöhung und Zulagen nach Belieben verlangen.

Die Gehälter der Nurses werden durch die Vorsteherin des Institutes vierteljährlich bezahlt. Das Institut zieht sie einige Tage vorher ein.

Vorschriften für Nurses und solche, die eine Nurse suchen.

Die Nurse hat sich so gut wie möglich der Familie anzupassen. Will jemand eine Nurse durch das Institut engagieren, so wird er gebeten, ein Formular auszufüllen.

Nurses nehmen ihre Mahlzeiten nicht mit den Dienstboten ein; aber gegen die Teilnahme eines Kindermädchens bei ihren Mahlzeiten hat die Nurse nichts einzuwenden. Das Institut wünscht, daß die Nurses eine Tag- und eine Nachtnursery zur Verfügung haben. Ist dies nicht der Fall, so sollen die Mahlzeiten nicht im Schlafzimmer serviert werden.

Die Nurse sollte Sonntags ihren Kirchengang ohne die Kinder haben.

Es wird sehr gewünscht, daß die Nurse sich mindestens eine halbe Stunde Bewegung in freier Luft machen kann, auch wenn es den Kindern nicht möglich ist, auszugehen.

Die Nurse soll einen Monat (vier Wochen) im Jahre frei haben, und je nachdem es der Familie paßt, entweder hintereinander oder in Perioden, nicht unter einer Woche. Es wird jedoch den Familien geraten, sie einen ganzen Monat zu beurlauben und sich für diesen Monat einen Ersatz vom Institute zu holen.

Wäsche wird der Nurse bezahlt, Minimum 1 sh. 6 d. (1.50 Mark), Maximum 2 sh. (2 Mark).

Der Nurse wird das Billett von ihrem Aufenthaltsort zu der neuen Stelle bezahlt. Der Betrag hierfür ist ihr bei ihrer Ankunft einzuhändigen. Bei zeitweiligem Engagement ist auch die Rückfahrt zu bezahlen.

Vierwöchentliche Kündigung. Bei schlechtem Benehmen der Nurse kann sie auch plötzlich entlassen werden. Kann dieser Grund nicht angeführt werden, so muß das Gehalt für einen Monat dem Institut bezahlt werden.

Erste Dienstkleidung wird vom Institute mitgegeben. Bei Erneuerung derselben können die Nurses die nötigen Materialien sowie Mitteilungen über Veränderungen im Schnitt und Aufputz erhalten.

Die Nurses brauchen im Hause keinen Boden zu putzen, ebensowenig Öfen zu reinigen, Kohlen zu tragen, sie haben nichts von und nach der Küche zu bringen und keine Wäsche zu waschen, außer eventuell kleine Wollwäsche oder die feineren Kleidchen der Kinder.

Wenn das Engagement perfekt ist, so ist eine Summe von 10 sh. 6 d. (10.50 Mark) für Briefwechsel an das Institut zu zahlen.

The Norland Nurseries.

Die Nurseries sind zu dem Zwecke eingerichtet worden, den Schülerinnen die beste praktische Ausbildung zu geben, ehe sie das Institut verlassen, um selbständig zu arbeiten.

Sie sind gegründet für kleine Kinder von einem Monat bis zu 7 oder 8 Jahren. Eigentlich gedacht sind sie für Kinder indischer Offiziere, für die von Witwern und Witwen, für Kinder von Mitgliedern des Theaters, Missionären, Kolonialisten oder von irgend welchen Eltern, welche ein zeitweises sicheres und glückliches Heim für ihr Kinder wünschen, während sie sich auf einer Reise befinden.

Ungesunde Kinder werden nicht aufgenommen. Kinder und Säuglinge werden für Woche, Monat oder Jahr aufgenommen. 4 besondere Räume unter einer Obernurse, 4 Stationsnurses und 2 Schülerinnen sind für einzelne Kinder unter 6 Monaten oder besonders schwächliche Kinder oder für kleine Operationen vorgesehen.

4 Doppelzimmer (Tag- und Nachtnursery) haben jede eine Familie von 8 Kindern. Jede dieser 4 Abteilungen hat eine Abteilungsnurse und eine Unternurse und den 4 Abteilungen stehen 2 Obernurses vor.

Die Kinder können bis zu 8 Jahren bleiben, sie werden mit Fröbelschen Spielen beschäftigt, doch wird sehr dazu geraten, sie, wenn das Alter dazu gekommen ist, in die nahe gelegene Schule zu schicken.

Nahrung, Kleidung usw. ist dieselbe wie im Privathause. Die Kinder tragen ihre eigenen Kleider und es werden nur Neuanschaffungen gemacht, wenn solche absolut nötig sind. Dieselben können einzeln bezahlt werden oder, wenn nicht gewünscht wird, durch Pauschalsumme. Die Pauschalsumme ist bei einfacheren Ansprüchen 4 bis 10 Pfund per Jahr (80 bis 200 Mark), bei höheren 12 bis 18 Pfund (d. i. 240 bis 360 Mark) per Jahr, bei höchsten 20 bis 30 Pfund (400 bis 600 Mark) pro Jahr.

Die Besucher der verschiedenen Nurseries sollen nicht zusammenkommen, da es sich für die Nurses darum handelt, zu zeigen, ob sie fähig sind, allein in ihren Nurseries zu leben und dort die kleinen Kinder zu amüsieren und sie zu überwachen.

Bei entsprechender Bezahlung kann auch eine Tag- und Nachtnursery für ein einziges Kind reserviert werden.

Kosten für Aufenthalt und Pflege in der Nursery.

Kinder bis zu 6 Monaten, pro Woche . . . . 2 guineas (42 Mark)
ältere Kinder, pro Woche . . . . 30 sh bis 2 guineas (30 bis 42 Mark)
ältere Kinder, pro Jahr . . . . 50 bis 80 Pfund (1000 bis 1600 Mark)

(vierteljährlich zu bezahlen).

ältere Kinder, pro Tag . . . . 4 bis 6 sh. (4 bis 6 Mark)

Zahlungen pränumerando; Arzt und Zahnarzt extra.

Für die Norland Nurseries wird das Landhaus an der See, dessen Besitzerin die Begründerin ist, zur Verfügung gestellt.

Es ist dort Platz für eine Obernurse, 2 Stationsnurses und 7 Kinder.

Es werden keine Unternurses nach dem Landhaus geschickt.

Kinder unter 6 Monaten werden nicht dorthin gebracht, außer, wenn es der Arzt verordnet.

Nurses und Kinder haben einen gemeinsamen Wohnraum für die Mahlzeiten, welche dort nicht getrennt serviert werden.

Es ist ein gedeckter Raum vorhanden, in dem man sich bei gutem und schlechtem Wetter aufhalten kann.

Die Küste ist schön und absolut sicher für kleine Kinder.

Nurses und Kinder reisen 2. Klasse, außer, wenn die Eltern die Mehrkosten der 1. Klasse zu decken wünschen.

Kinder, welche die höchsten Preise in der Nursery bezahlen, haben natürlich auch im Landhause die besten Zimmer, doch sind alle Räume gut.

Kinder, welche nicht in der Londoner Nursery sind, können von Zeit zu Zeit, wenn Platz vorhanden ist, für 1 Pfund 10 sh. (30 Mark) bis 2 Pfund 2 sh. (42 Mark) pro Woche dort aufgenommen werden.

Es ist unmöglich, jedem Kinde einen Raum für sich zu geben.

Es wird für den Aufenthalt an der See nichts berechnet, außer der Bahnfahrt im Betrage von 15 sh.

ERGEBNISSE DER SÄUGLINGSFÜRSORGE.

HERAUSGEGEBEN VON

PROF. DR. ARTHUR KELLER,

DIREKTOR DES KAISERIN AUGUSTE VICTORIA-HAUSES ZUR BEKÄMPFUNG DER SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT IM DEUTSCHEN REICHE.

ZEHNTES HEFT.

DIE URSACHEN DER SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT IN UNGARN.

DIE BISHERIGEN RESULTATE UND ZUKÜNFTIGEN WEGE DER SÄUGLINGSFÜRSORGE IN UNGARN.

VON

OBERARZT DOZENT DR. NIKOLAUS BEREND.

MIT EINER TAFEL.

LEIPZIG UND WIEN.

FRANZ DEUTICKE.

1911.

Verlags-Nr. 1826

Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

Die Ursachen der Säuglingssterblichkeit in Ungarn. Die bisherigen Resultate und zukünftigen Wege der Säuglingsfürsorge in Ungarn.

Von Dozent Dr. Nikolaus Berend.
Oberarzt an der internen Abteilung des „Weißen Kreuz"-Kinderspitals in Budapest.

I. Teil.

Statistik der Säuglingssterblichkeit in Ungarn.

In unserem Lande kommt die schützende, lebenerhaltende Kraft des Stillens nicht in solchem Maße zur Geltung, als es sein sollte; bei uns gilt nicht die in den anderen Kulturstaaten bestehende These, daß die künstlich ernährten Säuglinge eine zumindest fünfmal größere Mortalität aufweisen als die an der Mutterbrust Aufgezogenen, daß „die Säuglingssterblichkeit fast gleichkommt der Mortalitätskurve der künstlich Ernährten" (Tugendreich).

Der atrophische Säugling in Ungarn gleicht nicht einmal pathologisch vollständig jenem Typus, welchen die heutige Wissenschaft der Säuglingstherapie vorgezeichnet; seine Anamnese ist eine andere und darum auch oft seine Reaktion gegenüber alle Schädigungen, seien diese nun alimentärer Natur oder aber infektiösen Ursprunges.

Diese Umstände bestimmten mich in erster Reihe zur statistischen Erforschung der Ursachen der Säuglingssterblichkeit, mit denen man sich im „Lande des Kinderschutzes" gründlich bisher noch nicht befaßte.

Die im Jahre 1894 erschienene Säuglingssterblichkeitsstatistik des Prof. Erőss[1]) enthält sehr wertvolle Daten, ist jedoch international. Sie vertieft sich zwar nicht in die Erörterung der Gründe der ungarischen Verhältnisse, ist aber die einzige wertvolle, von einem Arzte verfaßte Quellenarbeit, welche uns zur Verfügung steht.

Von seinen Daten sind erwähnenswert: 1. daß die Durchschnittszahl der Säuglingssterblichkeit in Ungarn 21·2% beträgt; 2. konstatiert er, daß auch bei uns die Sterblichkeit der Säuglinge männlichen Geschlechtes jene des weiblichen Geschlechtes bedeutend übersteigt (53·84 bis 46·15%); 3. beweist er, daß die Sterblichkeitsziffer der illegal Ge-

---

[1]) Erőss: Pflügers Archiv.

borenen gegenüber jener der legal Geborenen in Budapest eine sehr hohe ist (69·16 zu 33·89%), d. h. Wien ausgenommen, welches Budapest noch übertrifft, ist unter allen europäischen Großstädten bei uns die Sterblichkeit der Illegalen die größte. Wie sich die Mortalität der Illegalen auf die einzelnen Gegenden des Landes verteilt, das wurde, abweichend von dem Beispiel des Auslandes — und sagen wir es gleich heraus: unrichtigerweise — weder damals, noch wird es gegenwärtig in den statistischen Jahrbüchern angeführt.

4. Die Zahl der unter einem Monat Verstorbenen (im Verhältnis zu den Lebendgeborenen) bestimmt Eröss bei uns mit 8·4%; er beweist nach Körösi[1], daß die Illegalen in jedem Lebensalter früher zugrunde gehen und daß mit der Verschlechterung der Vermögensverhältnisse ein Ansteigen der Mortalität der Illegalen einhergeht; er weist nach, wie sich die Sterblichkeit in den ersten Wochen verteilt, daß nämlich am ersten Lebenstage die Mortalität die größte ist, dann stetig sich vermindert und nur am Ende der ersten Woche wieder ansteigt. Diese Daten des Prof. Eröss wurden auch durch ausländische Forschungen bestätigt. Schloßmann weicht nur darin von Eröss ab, daß nach ihm am 10. bis 14. Tage die Steigerung in der Mortalität eintritt.

5. Auf die damalige Ausbreitung der künstlichen Ernährung wirft einigermaßen Licht jene Tatsache, daß unter den 5175 Säuglingen, welche in den Jahren 1877 bis 1881 im Alter von unter 3 Monaten zugrunde gingen, in Budapest 2143 künstlich Ernährte sich befanden.

Ich beginne meine Untersuchungen mit der Feststellung des Verhältnisses der Säuglingssterblichkeit zu der Zahl der Geburten.

Aus der nebenstehenden Tabelle I) ersehen wir zuerst die Lage Ungarns in der europäischen Völkerfamilie mit Bezug auf Säuglingssterblichkeit.

Aus dieser Tabelle muß ich folgende Folgerungen ableiten in Bezug auf Ungarn: 1. Die Fruchtbarkeitsziffer ist bei uns noch genug hoch, nur Serbien und Rußland überflügeln uns in dieser Hinsicht. Weniger erfreulich aber ist die Tatsache, daß die eheliche Fruchtbarkeit ungewöhnlich klein ist im Verhältnisse zur außerehelichen, so daß zwischen den beiden Daten ein schreiendes Mißverhältnis besteht. Selbst Österreich — dessen Verhältnisse uns infolge Ähnlichkeit mit den unserigen am meisten interessieren — befindet sich in günstigerer Lage, da die allgemeine Fruchtbarkeit dort zwar eine geringere ist (145) als bei uns (156), die legale jedoch größer (in Ungarn 216, in Österreich 245). Das ist einer der Hauptgründe, warum die Lage in Österreich günstiger ist als bei uns, obwohl die illegale Fruchtbarkeit dort die gleiche — und traurige — Höhe erreicht, wie hier.

[1]) In bezug auf Budapest verdanken wir Kőrösi und Thirring sehr interessante Daten; kleinere statistische Arbeiten veröffentlichten auf Grund der Daten des statistischen Jahrbuches außerdem S. Kármán und E. Deutsch (internationale); bezüglich der Kinderasyle dienen als Quellenwerke die Arbeiten von Dr. Lévai, Szana und Edelmann, von denen später die Rede sein wird.

Tabelle I.

Ungarns Lage in Europa in Bezug auf Geburten und Säuglingssterblichkeit.

Rubrikzahl 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Auf 1000 Frauen zwischen 15—50 Jahren entfallen Lebendgeb.									[illegible] auf 100 Lebendgeb. %		[illegible]	Die Sterblichkeitsreihenfolge der Säuglinge in Europa. Von 100 Lebendgeb. starben im 1. Jahre		[illegible]
	zwischen 1876—85			zwischen 1886—95			zwischen 1896—905								
Name des Landes	zusammen	legale	illegale	zusammen	legale	illegale	zusammen	legale	illegale	von 1891 bis 1900	von 1901 bis 1905		[illegible]	[illegible]	
Rußland	—	—	—	—	—	—	201	—	—	48·7	—	—	26·9	—	—
Rumänien	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20·4	25·4	25·6	21·8	—	15·8
Serbien	—	—	—	—	—	—	171	221	8	41·7	28·8	21·4	16·6	14·9	16·4
Italien	148	246	24	149	249	24	138	232	19	35	32·6	22·2	17·6	16·7	10·3
Ungarn	**172**	**234**	**41**	**173**	**225**	**49**	**156**	**216**	**41**	**40·6**	**37·2**	**26·2**	**23·3**	**21·2**	**11**
Österreich	149	246	44	148	250	44	145	245	41	37·2	35·8	24·4	23·6	21·3	11·4
Deutschland	153	264	28	146	258	27	141	243	26	36·1	34·4	19·9	21·7	19·9	14·5
Norwegen	127	262	19	125	250	17	119	247	16	30·8	28·5	14·6	9·7	8·1	13·9
Schweden	119	246	22	117	231	22	110	219	22	27·1	26·1	15·5	10·2	—	10·8
England	135	250	18	119	229	10	104	204	8	22·9	26·1	16	15·4	13·8	12·1
Frankreich	93	162	16	89	150	17	85	134	18	22·2	21·2	19·6	16·4	13·9	1·8

Anmerkung. Die Rubriken 1 bis 10 sind aus dem Werke Tugendreichs (Mutter- und Säuglingsfürsorge, I Bd., pag. 33 zitiert, die 11., 12., 13. und 16. Rubrik aus der Tabelle der Seite 40 desselben Werkes, die 14. und 15. Rubrik aus der X. Tabelle Tugendreichs zusammengestellt.

2. Schon aus diesen Daten ist ersichtlich, daß Ungarn in der Familie der Völker eben keinen besonders günstigen Platz einnimmt. Auch hier stellt sich heraus, daß wir tatsächlich an der Grenze von West und Ost stehen. Wir behielten zwar zum Teil die große Fruchtbarkeit des Ostens, wir übernahmen aber auch, und noch dazu in übermäßigem Maße, vom Westen die dieselbe paralysierenden Faktoren.

In keinem einzigen Lande verminderte sich so rasch die Zahl der Geburten als bei uns in den angegebenen Jahrzehnten. Bei uns fiel sie von 172 auf 156, d. i. um 16 $^0/_{00}$, in Österreich bloß um 4 $^0/_{00}$, in Deutschland um 12 $^0/_{00}$, in Norwegen um 8 $^0/_{00}$, in Schweden um 9 $^0/_{00}$, in Italien um 10 $^0/_{00}$ in demselben Zeitraume. Nur in England zeigt sich eine größere Verminderung der allgemeinen Fruchtbarkeit, als bei uns (26 $^0/_{00}$), dort besitzt dies jedoch keine so große Bedeutung, da die illegale Fruchtbarkeit klein ist und im Endresultat das Wachsen der Seelenanzahl in England ein größeres ist als bei uns.

3. Ein trauriger Punkt dieser Tabelle ist nämlich die riesige Verhältniszahl der Illegalen, die größte in ganz Europa, und dabei müssen wir noch betonen, daß diese Zahl in allen Ländern Europas sich vermindert hat, nur bei uns nicht. Das illegale Kind ist, wie Keller richtig sagt, „immer gefährdet" und es ist eine bewiesene Tatsache, daß die Mortalität der Illegalen die Säuglingssterblichkeit ganz besonders belastet. Welch eine entscheidende Rolle dieser Faktor spielt, das beweist das Beispiel Serbiens; dort ist die Zahl der Illegalen fünfmal kleiner als bei uns; diesem Umstande verdankt Serbien es wahrscheinlich, daß seine Säuglingssterblichkeit viel günstiger ist (14·9) als unsere (21·2), und daß sein Geburtenüberschuß 16·4 $^0/_0$ beträgt, gegenüber unseren 11 $^0/_0$.

4. Diese große illegale Fruchtbarkeit und ihr ungünstiger Einfluß auf die Statistik ist eine der Hauptursachen der hohen Verhältniszahl unserer Kindersterblichkeit; sie bedeutet außerdem auch eine große wirtschaftliche Wertverminderung. Vergebens haben wir eine große Fruchtbarkeit, ihr Resultat wird vernichtet. Schon hier können wir die Konsequenz ableiten, daß bei uns der Kinderschutz mit viel größerer Sorgfalt sich der illegal Geborenen annehmen sollte, als dies bisher geschehen.

5. Alle müssen gesetzlich unter die Oberaufsicht des Staates gestellt werden.

6. Bei uns muß die Säuglingsfürsorge, wenn sie wirksam sein soll, schon vor der Geburt beginnen mit dem auf alles sich erstreckenden Schutze der Mutter, in erster Reihe durch die Mutterversicherung.

Ein sehr gutes Maß für die Populationsbewegung ist das Verhältnis der Lebendgeborenen zu 1000 Einwohnern (11. bis 12. Rubrik). Auch daraus ersehen wir, daß die Zahl der Geburten sich von 1891 bis 1905 um 3·1 $^0/_{00}$ verminderte; um 2½mal soviel als in Österreich.

Noch trauriger ist die in der 13. Rubrik enthaltene Mortalitätsverhältniszahl, sie ist, mit Ausnahme von Rußland (dessen Daten wir nicht kennen), die größte in ganz Europa. Die

Prozentualität der Säuglingssterblichkeit ist nur in Österreich — um $^{1}/_{10}$% — größer als bei uns. Sogar in Deutschland, dem Vaterland der künstlichen Ernährung, sind die Verhältnisse günstiger als bei uns, gar nicht zu reden von den beneidenswerten norwegischen (8·1%) und schwedischen (10%) Musterstaaten.

Aus dem Vergleiche des Verhältnisses der Geburten zu der Säuglingssterblichkeit geht endgültig hervor, daß Ungarn das Plus der Geburtenzahl (im Gegensatze zu den westlichen Staaten) verliert und daß sein Wachstum — mit Ausnahme von Schweden und Italien — kleiner ist als das aller europäischen Staaten. (In Frankreich herrschen solche Ausnahmsverhältnisse, daß ein Vergleich untunlich erscheint.)

Den Gegenstand meiner Untersuchungen bildeten vornehmlich die Jahre 1903 bis 1908 und meine Daten bilden die Fortsetzung jener Tugendreichs. Meine Untersuchungen erstreckten sich aber oft bis zum 5., manchmal sogar bis zum 7. Lebensjahre, um zu sehen, wie die Mortalitätsverhältnisse des 1. Jahres das spätere Kindesalter beeinflussen — ob man bei uns vom „survival of the fittest" Darwins reden kann. (Köppe hat mit Bezug auf Deutschland die Unhaltbarkeit dieser Lehre bereits bewiesen; die große Sterblichkeit im Säuglingsalter kann keinesfalls als natürliche Zuchtwahl aufgefaßt werden.)

Wenn wir die Kindersterblichkeit der letzten 4 Jahre bloß mit der der 90er Jahre vergleichen, so gewahren wir zweifelsohne eine erfreuliche Besserung.

Tabelle II.

Zahl der Todesfälle bei Kindern unter 5 Jahren (in Ungarn ohne Kroatien).

Im Jahre	Unter-einjährig	Einjährig	Zweijährig	Dreijährig	Vierjährig	Unter 5jährig Zusammen
1891	168.018	45.646	25.223	17.190	12.055	268.132
1892	170.518	47.787	28.875	20.678	14.819	283.079
1893	159.922	33.268	22.986	16.871	11.919	250.966
	jetzt:					
1905	143.581	30.281	17.753	10.887	7.543	218.044
1906	139.991	23.698	16.973	10.658	7.261	198.981
1907	138.161	22.042	15.898	10.450	7.440	201.991
1908	131.462	20.030	15.077	10.212	6.990	194.571

Wenn wir jedoch wissen, daß in der Rubrik der unter einem Jahre alten — wie wir noch sehen werden — im Jahre 1904 die Verhältnisse noch viel günstiger waren und sehen, daß seit 1906 der bisherige Fortschritt sich vermindert hat, so müssen wir schon hier sagen, daß das Säuglingsalter jene Periode ist, wo eine schleunige Einfluß-

nahme vonnöten, um so mehr, als die Zahl der Geburten bei uns fortgesetzt sich in erschreckendem Maße vermindert. Im Jahre 1903 wurden in Ungarn 752.000 Kinder geboren, im 1904 740.799, im 1905 720.532 und eine so niedrige Zahl wie jene von 1905 (37 auf 1000 Seelen) ist noch nie vorgekommen. Dagegen hat sich die Zahl der illegal Geborenen nicht vermindert (1903 9·4%, 1904 9·7%, 1905 9·4%). Die Geburten des Ungartums stehen der Zahl noch etwas unter dem Landesdurchschnitt (Statist. Berichte, 22. Bd., 5. Seite).

Die Zahlenverhältnisse der Kindersterblichkeit zeigen ebenso wie unsere allgemeinen Sterblichkeitsverhältnisse, die im Jahre 1904 bereits ziemlich günstige waren, im Jahre 1905 (wie aus Tabelle III ersichtlich) einen erschreckenden Rückgang und der Grund hiervon ist vornehmlich in der explosionsweisen, plötzlichen Verschlimmerung der Mortalität im Säuglingsalter zu suchen. Das Verhältnis der Kindersterblichkeit zur Gesamtsterblichkeit zeigt in diesen 3 Jahren nur scheinbar niedere Zahlenwerte, und zwar aus dem Grunde, weil im Jahre 1905 die Mortalität der Erwachsenen sich ebenso verschlechterte als die der Kinder. Das Verhältnis der Sterblichkeit von Kindern unter 7 Jahren zur Gesamtsterblichkeit ist in diesen 3 Jahren 49·5, 46·6 bis 47·5%. Das Verhältnis der Kindersterblichkeit zur Zahl der Lebendgeborenen beträgt 35·2, 31·2 bis 37%. Auch hieraus ist der ungünstige Charakter des Jahres 1905 ersichtlich.

Tabelle III.

Verhältnis der Kindersterblichkeit zur Zahl der Lebendgeborenen in den Jahren 1903 bis 1908.

Alter	Auf 100 Lebendgeborene entfielen					
	1903	1904	1905	1906	1907	1908
Unter 7 Jahren	35·2	31·1	36·8	32·9	33·1	[illegible]
Unter 2 Jahren	27·8	24·1	29·3	26·6	26·2	24·6
Unter 1 Jahr	21·8	19·5	23·1	20·7	21·2	20·9
Unter 6 Monaten	16·1	15·6	17·6	16·9	16·5	15·4
Unter 1 Monat	8·6	8·4	9·1	8·4	8·6	8·4

Ein wichtiges Moment ist noch, daß in diesen drei Jahren ganz ausnahmsweise nicht nur die Säuglingssterblichkeit, sondern auch die Kindersterblichkeit zwischen 1 bis 6 Jahren die ganze erwähnte Kindermortalität stark beeinflußt, denn von den Todesfällen fielen auf die Untereinjährigen beinahe die gleichen Prozente (29·9, 29·1 bis 29·5), dagegen bildeten die 1- bis 6jährigen 19·6, 17·6 bis 18% der Toten und „die Fluktuation der Verhältniszahlen ist daher in dieser Altersgrenze augenfällig“ (Statist. Jahrbuch, Bd. 22, pag. 6).

Von den durch das Statistische Amt bisher erforschten Daten finde ich noch erwähnenswert, daß von den in Ungarn im Alter von unter

7 Jahren verstorbenen Kindern im Jahre 1903 44%, in 1904 45·8%, in 1905 42·3% **nicht in ärztlicher Behandlung standen.** Hier zeigt sich kaum irgend eine Besserung im Verhältnisse zu den Daten früherer Jahre und diese Zahlen beweisen, daß dem Kinderschutz eine riesige Arbeit bevorsteht in einem Lande, in welchem fast die Hälfte aller kranken Kinder nie einen Arzt sieht.



Fig. 1.

Die Verhältnisse der Säuglingssterblichkeit der kroatisch-slawonischen Länderteile sind unvergleichlich günstigere als die unseren; diese Verhältnisse machen es uns a priori zur Pflicht, Nachforschungen anzustellen, wie sich die Verhältnisse der Kindersterblichkeit in den verschiedenen Teilen des Landes gestalten.

Wenn wir das Verhältnis der Kindersterblichkeit zu den Lebendgeborenen in den Jahren 1903 bis 1908 vergleichen, erhalten wir bezüglich der Säuglingsfürsorge sehr wichtige Aufklärungen. (Tabelle III, Fig. 1.)

Wenn wir bloß die Daten des ersten Jahres 1903 mit jenen des Jahres 1908 verglichen, müßten wir eine erfreuliche Besserung konstatieren, diese Beobachtung wäre aber fehlerhaft. Im letzten Jahrzehnt war nämlich die Besserung eine ständige, auf das ganze Kindesalter sich erstreckende. Sie erreichte im Jahre 1904 ihren Höhepunkt und damals sank unsere Kindersterblichkeitsstatistik auf das Niveau der westeuropäischen Völker herab. Dann tritt eine riesige Verschlechterung ein, im Jahre 1905 beobachten wir einen erschreckenden Rückfall, welcher schlimmere Verhältnisse bringt, als sie es je im vorigen Jahrzehnt gewesen. Seit dieser Zeit wurden, wenn auch Besserung eingetreten ist, die günstigen Verhältnisse des Jahres 1904 noch nicht ganz erreicht.

Das Endresultat ist, daß die perzentuelle Mortalität der Säuglinge (unter einem Jahre) im Jahre 1908 ungünstiger ist, als sie im Jahre 1904 war (sie stieg von 19·7% auf 20%) und die Verhältnisse sind im ganzen Kindesalter bis zu 7 Jahren die gleichen. Diese erschreckenden Daten müssen unseren Kinderschutz zu energischerer Arbeit auf diesem Gebiete anspornen, um so mehr, als erwogen werden kann, daß diese Verschlimmerung nach dem Jahre 1905 eben durch die ungünstigen Sterblichkeitsverhältnisse der Säuglinge bedingt wird. Sowohl die Zahlen als auch die Kurven zeigen, daß die Sterblichkeit der Säuglinge unter einem Monat die geringste Veränderung aufweist und die Zahlen der Jahre 1904 und 1908 dieselben sind (8·4%). Unter einem halben Jahre finden wir die gleiche Prozentualität (15·6 bis 15·6%), dagegen ist die Verschlimmerung die größte bei den Untereinjährigen, deren Sterblichkeitsziffer von 19·7% des Jahres 1904 auf 23·1% im Jahre 1905 ansteigt. Eine erschreckende Steigerung, welche in den folgenden Jahren, wenn sie sich auch verkleinert, doch immer noch groß genug bleibt und in ihrem Endresultat jene, durch meine ärztliche Erfahrung verstärkte Tatsache demonstriert, daß dieses Alter ganz speziell in Ungarn gefährdet ist. Diese Gefährdung erstreckt sich dann auch auf das zweite Lebensjahr, dessen 24·1% vom Jahre 1904 sich im Jahre 1905 um ganze 5·2% erhöhen, welches Verhältnis auch heute noch um $^{2}/_{10}$% ungünstiger ist als im Jahre 1904. Die Verschlechterung dieser Altersgrenze wird nicht allein durch die Untereinjährigen bedingt, denn die Verschlimmerung der Untereinjährigen beträgt bloß $^{3}/_{10}$% (im Unterschiede des Jahres 1904 zu 1908), jene der Unterzweijährigen aber $^{5}/_{10}$%.

Wie sehr diese Verschlechterung durch die Verhältnisse des Säuglingsalters bedingt wird, das ersehen wir auch dann, wenn wir die Daten des Jahres 1908 nicht mit jenen des günstigen Jahres 1904, sondern mit denen des viel ungünstigeren Jahres 1903 vergleichen. Daraus ist ersichtlich, daß im Zahlenverhältnisse der Untereinjährigen so nur 1·3%, dagegen der Unterzweijährigen 2·4%, der Untersiebenjährigen sogar 3·9% Unterschied ist.

Ich wiederhole also: in der Besserung der Sterbeverhältnisse des Säuglingsalters ist bei uns eine Stagnation

eingetreten, hier muß, und zwar energisch, eingegriffen werden.

Nach meinen Erfahrungen in den Krankenhäusern muß ich in bezug auf die Säuglingssterblichkeit in Ungarn ganz besondere Verhältnisse voraussetzen. Daß in dieser Beziehung unsere Verhältnisse von jenen der übrigen Kulturstaaten abweichen, das zeigen uns Fig. 2 sowie Tabelle IV, woraus ersichtlich ist, daß bei der Mortalität der Unterzweijährigen im ganzen Lande nicht jene ausgesprochene eruptive Steigerung wahrzunehmen ist, welche sonst überall die Säuglingssterblichkeit charakterisiert.

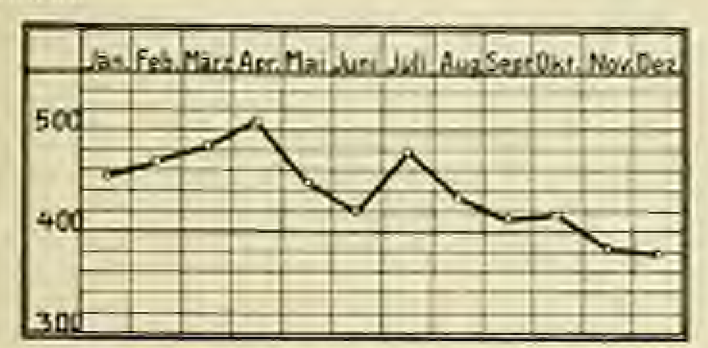


Fig. 2. Tagesdurchschnitt der Sterblichkeit der Kinder unter 2 Jahren im Jahre 1908 nach Monaten.

Unsere statistischen Jahrbücher detaillieren leider die Sterblichkeit unter den Untersiebenjährigen nicht nach den Monaten und ich mußte mich an die Verarbeitung der Urmaterie machen, um einen Einblick in die Verhältnisse Ungarns diesbezüglich zu gewinnen. Da ich jedoch nicht nur die Mortalität der Untereinjährigen, also ausschließlich die Säuglingssterblichkeit, sondern gleichzeitig auch deren Einwirkung auf das spätere Kindesalter untersuchte, mußte ich mich vorderhand mit den Daten des Jahres 1908 begnügen, und zwar im Zahlenverhältnisse des unterzweijährigen Alters.

Tabelle IV.

Sterblichkeit der Kinder unter 2 Jahren im Jahre 1908 nach Monaten.

	Januar	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Oktober	Nov.	Dez.
Täglicher Durchschnitt	455	470	487	500	450	419	482	433	412	415	384	379

Die erste Frage ist nun, inwiefern haben wir ein Recht, hieraus einen Schluß auf das Säuglingsalter zu ziehen? Köppe in Gießen zeigt

uns, daß das Mortalitätsverhältnis des zweiten Lebensjahres, von den das erste Jahr Überlebenden gerechnet, in den Jahren 1900 bis 1908 war: 5·6, 2·3, 6·2 bis 3·3%.

Thirring in Budapest stellt fest, daß bei uns die unter 5 Jahren Verstorbenen sich derart verteilen, daß „ungefähr ²/₃ der Verstorbenen auf das erste Lebensjahr entfällt, das restliche ¹/₃ aber sich auf die anderen 4 Lebensjahre verteilt."

Mit einer gewissen Reserve können wir demnach auch aus dem Mortalitätsverhältnisse der Unterzweijährigen Schlüsse ziehen, obwohl uns bekannt ist, daß über einem Jahre die Mortalität in den Winter- und Frühjahrsmonaten größer ist als im Sommer.

Aus den Daten des Jahres 1908 (Fig. 2) ersehen wir, daß der Höhepunkt der Mortalität der Unterzweijährigen nicht auf Juli-August, sondern auf April fällt; dies findet seine Erklärung entweder darin, daß die Säuglinge bei uns die rapide sommerliche Sterblichkeitssteigerung nicht zeigen, oder aber darin, daß die winterliche Mortalität so erschreckend groß ist, daß sie die sommerliche Steigerung unterdrückt. Wir werden sehen, wie sich die Frage dieser Steigerung in den *verschiedenen Landesteilen verschieden gestaltet*; ich halte jedoch diese Daten für so wichtig, daß ich die mit dem Kinderschutze sich befassenden amtlichen Kreise bitten muß, *die diesbezügliche Ausdehnung der Statistik und ihre weiteren Ergebnisse mit größter Aufmerksamkeit* zu verfolgen.

Im Jahre 1908 war die Mortalität der Unterzweijährigen am niedrigsten im Dezember, am höchsten im April. Die sommerliche Steigerung war im Juli am höchsten, im August fällt sie und im September bessern sich stark die Verhältnisse.

Ich kann dies nicht für Zufall halten, da es mit meinen ärztlichen Erfahrungen übereinstimmt. Es ist mir schon seit langem bekannt, daß bei uns in der Zeit zwischen Januar und April die an chronischen digestiven Störungen leidenden Säuglinge in riesiger Anzahl zugrunde gehen infolge von Lungenentzündungen, aber auch an anderen akzidentellen katarrhalischen Infektionen. Ich sah schon an meiner Abteilung im Januar eine größere Säuglingssterblichkeit als im August, und so verhält sich die Sache im ganzen Lande. Während der Wintermonate wird auf dem Dorfe der in das *nie gelüftete* Zimmer eingeschlossene Säugling infolge der „ungarischen Ammenreform" — welche ich noch detaillieren werde — von jedem Schnupfen dahingerafft. Jene Säuglinge, bei denen die digestiven Störungen im Herbst einsetzen, gehen in unserem Klima, welches riesige Temperatur- und Luftfeuchtigkeitsschwankungen aufweist, größtenteils im frühen Frühjahr zugrunde. Welch großen Anteil die Witterungsveränderungen an den Schwankungen der Kinder- und Säuglingssterblichkeit haben, das beweist auch in der Tabelle der große Unterschied zwischen Dezember und Januar. Wenn der Winter plötzlich einsetzt, dann wird auch schon der Dezember schlechter und der November ist der günstigste Monat, von Dezember zu Januar und von hier weiter

erfolgt jedoch eine außerordentlich große Steigerung, welche ebenso groß ist als die Verschlimmerung von Juni auf Juli.

Charakteristisch für die ungarischen Verhältnisse ist auch jener Umstand, daß bei uns die sommerliche Steigerung trotz der großen Hitze fast in keinem einzigen Jahre sich auf 3 Monate erstreckt; ein Monat, höchstens zwei genügen, um die Säuglinge, welche die Frühjahrsinfektion zwar überstanden haben, aber doch dadurch geschwächt sind, zugrunde zu richten. Ein mittlerweile vollzogener Übergang von der Brustnahrung zu einem unsinnigen allaitement mixte trägt häufig noch das seine zur Verschlechterung der Lebenschancen bei.

Diese Daten zeigen selbstverständlich Schwankungen in den verschiedenen Teilen des Landes. Diese Schwankungen führt uns Fig. 3 vor Augen.

Selbst Deutschland und Frankreich, welche von homogenen Nationen bewohnt werden und wo Nationalitätenfragen daher nicht vorhanden sind, können Säuglings- und Kinderschutz nur dann intensiv gestalten, wenn sie die näheren Verhältnisse jedes einzelnen Landesteiles in bezug auf Ernährung und Pflege zum Gegenstand gründlichen Studiums machen, was in jenen Ländern tatsächlich auch der Fall ist. Ein Gefühl des Neides überkommt mich, wenn ich sehe, wie bis ins kleinste Detail die Kinderschutzstatistik einzelner deutscher Länder ausgearbeitet ist — dort weiß man es genau, daß es „nicht gerade dasselbe ist, ob jemand sich in München oder Magdeburg mit der Säuglingsfürsorge befassen will" (Deneke, Thorn, Schloßmann[1]).

Viel mehr noch gilt dies bei uns, wo nicht nur große klimatische und geographische Unterschiede zwischen den einzelnen Landesteilen vorwalten, sondern wo auch noch starke Rassenunterschiede herrschen, welche auch in den Volksgebräuchen bezüglich der Pflege und Ernährung des Säuglings zum Ausdruck kommen.

Bei uns ist aber diese Arbeit der erste Versuch, welcher unternommen wird, um in die Verhältnisse unseres Landes Einsicht zu bekommen.

Es wird z. B. aus Fig. 3 sofort klar, daß bei uns ein Landesteil existiert, jener, welcher sich zwischen der Donau und Theiß ausbreitet, wo die Sommersterblichkeit jene des Frühjahres bedeutend übersteigt. Der Landesteil am rechten Donauufer und das durch Theiß und Maros gebildete Dreieck weisen gleichfalls sommerliche Steigerungen auf; diese erreichen aber nicht mehr die Höhe der Frühjahrssterblichkeit. Hieraus wäre zu folgern, daß die Sommermittel der Säuglingsfürsorge (Stillprämien usw.) besonders in diesen Landesteilen intensivere Anwendung finden könnten.

Die Verschiedenheit der Verhältnisse in den einzelnen Landesteilen ist so auffallend, daß wir auch auf die große Wichtigkeit der klimatischen Verhältnisse schließen müssen.

---

[1] Deneke u. Thorn: Ergebnisse der Säuglingsfürsorge. IV. Heft.
Schloßmann: Münchner Med. W. 1907. Nr. 1.

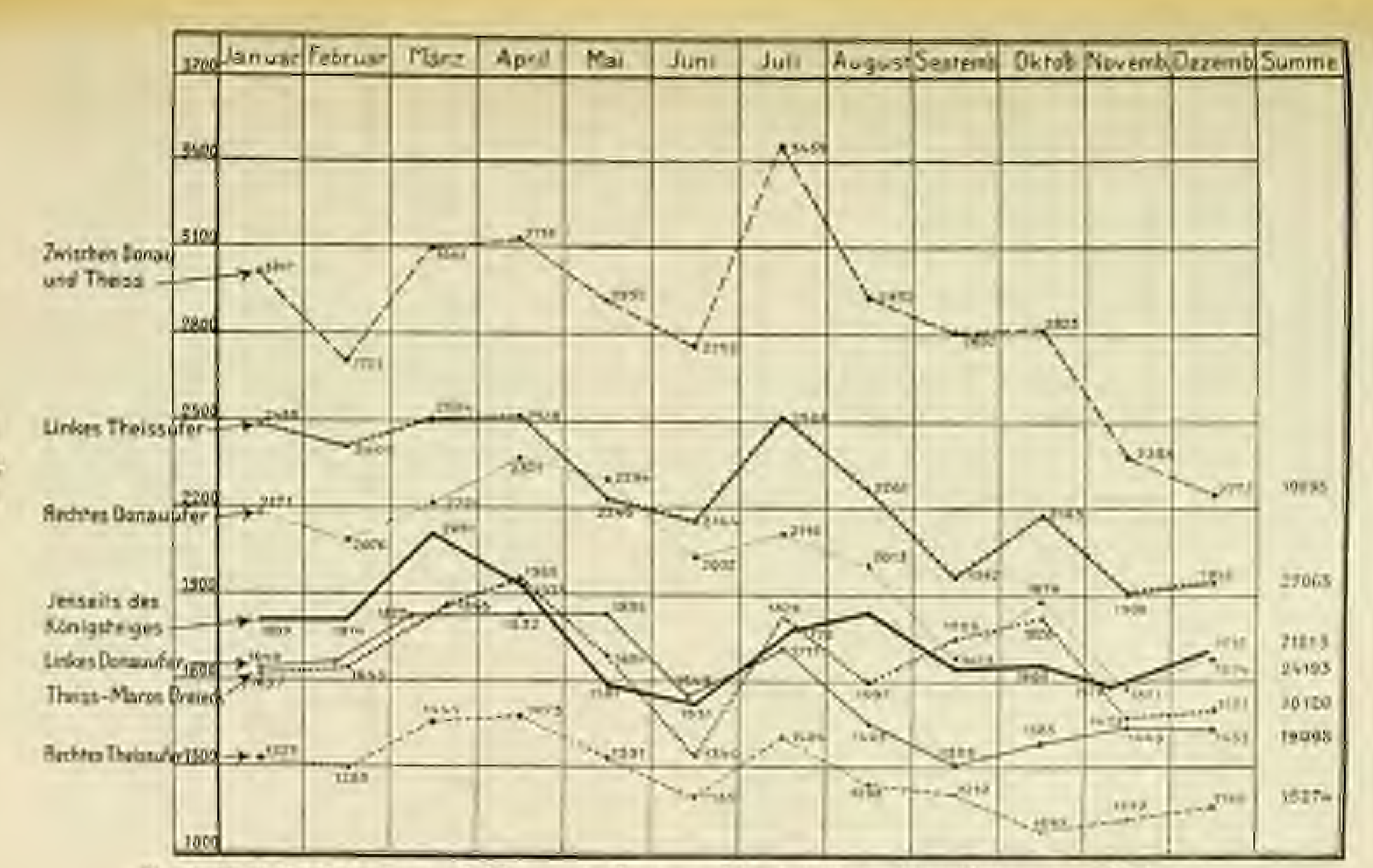


Fig. 3. Kindersterblichkeit unter 2 Jahren nach Monaten und Landesteilen im Jahre 1906 aus dem „A“-Ausweise.

Die Verhältnisse des Jahres 1908 können jedoch allein noch nicht maßgebend sein, darum müßte die Erforschung dieser Verhältnisse sowohl bezüglich der Mortalität der Untereinjährigen wie auch der Unterdreijährigen separat weiter betrieben werden. Heute bin ich nicht in der Lage, anders an diese Frage heranzukommen als dadurch, daß ich die Geburts- und Sterbedaten der Untersiebenjährigen miteinander vergleiche.

In der Verteilung der Zahl der Geburten nach Monaten besteht zwischen Westeuropa und uns nur jener Unterschied, daß das Maximum ständig im März eintritt, nicht im Februar.

Dies hat für uns nur insofern Bedeutung, als in Anbetracht der verhältnismäßig großen Zahl der unter einem Monat Verstorbenen die hohen Geburtszahlen des Monates März zweifellos einen Anteil haben an der großen Sterblichkeit im Frühjahr. Entscheidende Wirkung kann aber die Sache nicht haben, da in den anderen Ländern Europas, in welchen die sommerliche Steigerung noch mehr ausgesprochen ist, gleichfalls auf Februar und März die meisten Geburten entfallen.

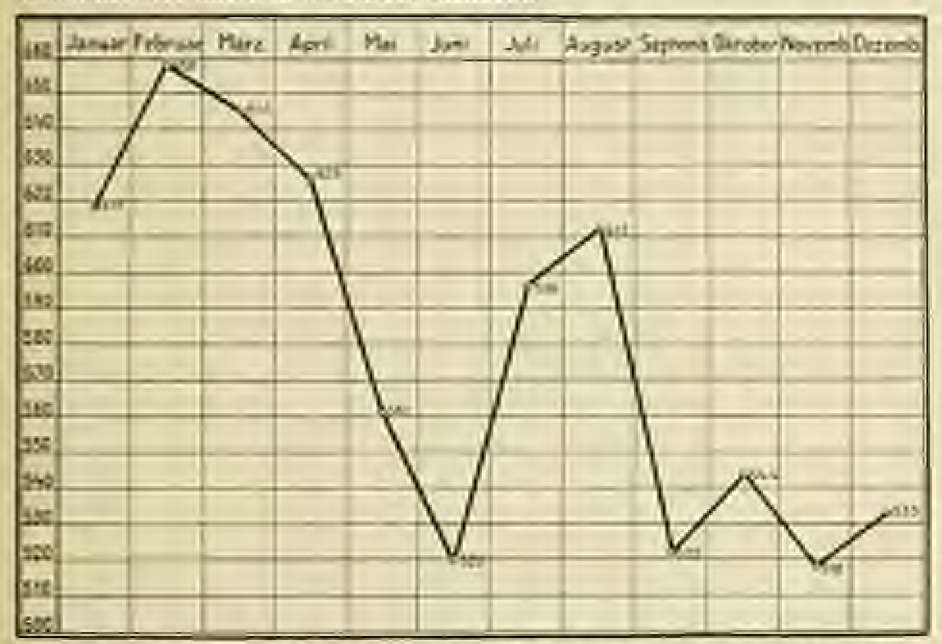


Fig. 4. Sterblichkeit der Kinder unter 7 Jahren pro Tag im Mittel aus den Jahren 1903 bis 1908. (Berechnet nach Tabelle V.)

Aus den Sterblichkeitsdaten können wir, wie bereits erwähnt, nur mit der größten Reserve Schlüsse auf das Säuglingsalter ableiten, besonders bei uns, wo wir auf die Verschiedenheit der Verhältnisse in den einzelnen Landesteilen in dieser Beziehung bereits hingewiesen haben.

Tabelle V und Fig. 4 lassen dennoch gewisse Schlüsse aus dem Durchschnitt von 6 Jahren zu. Es folgt daraus zweifellos, daß die Daten

Tabelle V.

Jahr	Geburten						Verteilung der Sterbefälle unter 7 Jahren					
	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1903	1904	1905	1906	1907	1908
Jänner	52.414	54.940	57.597	51.355	56.774	53.196	20.901	17.166	22.666	16.633	18.065	18.836
Februar	51.770	54.476	54.297	53.356	58.154	56.610	19.758	16.544	21.669	16.294	18.450	17.966
März	56.902	59.852	58.287	63.331	60.568	60.618	20.942	18.221	22.236	19.840	20.006	19.627
April	53.147	53.983	54.092	53.958	54.584	57.425	19.519	17.132	19.827	18.376	18.514	19.486
Mai	52.271	53.119	51.582	50.843	53.092	55.285	17.829	16.601	17.538	17.123	12.972	17.552
Juni	48.593	49.749	48.892	48.296	48.911	50.245	18.098	15.156	16.981	16.650	14.477	16.422
Juli	50.290	52.091	51.459	51.396	50.447	52.502	18.891	19.989	21.472	18.790	15.457	17.685
August	53.849	53.622	54.311	55.304	55.011	55.761	19.918	18.026	23.888	18.790	17.807	17.608
September	54.359	54.851	51.125	56.331	55.201	58.527	18.536	14.883	19.492	16.855	14.823	19.583
Oktober	54.317	55.419	47.829	54.607	53.718	54.480	18.247	14.908	21.639	15.925	17.721	16.281
November	50.896	50.367	44.825	50.475	48.760	52.776	15.848	14.979	18.679	16.110	17.138	15.577
Dezember	49.657	48.991	46.280	48.551	49.215	51.076	15.843	17.191	18.414	18.928	16.549	16.185
	628.237	640.291	616.176	637.618	641.656	653.946						

des Jahres 1908 nicht Zufallssache sind, sondern der klimatischen und wirtschaftlichen Lage unseres Landes und den Ernährungsverhältnissen unserer Säuglinge entsprechen.

Wir sehen, daß die größte Sterblichkeit des Kindesalters bei uns auf die ersten Monate des Frühjahres fällt (aus dem Durchschnitt der 6 Jahre verschob sich das Maximum von April auf Feber), daß bei uns ständig zwei gesetzmäßige, plötzliche Steigerungen vorhanden sind. Die eine beginnt im Dezember; im Februar bis Ende April ist die Sterblichkeit eine hohe, sie wird zum größten Teil durch die auf diesen Zeitraum entfallende große Sterblichkeit der Ein- bis Zweijährigen bedingt, dann fällt sie plötzlich und im Juni werden die Verhältnisse am günstigsten; die zweite, durch die Säuglinge verursachte Steigerung erreicht im Juli oder August ihren Höhepunkt und die drei Herbstmonate gehören zu den günstigsten. Der Kinderschutz muß daher, diesen Zeitpunkten entsprechend, energische und zweckdienliche Maßregeln treffen, die zur Bekämpfung der winterlichen Steigerung natürlich anders geartet sein müssen als jene, welche vor der sommerlichen Steigerung in Angriff zu nehmen sind.

Ich wünsche außerdem noch zu betonen, daß bei uns, wo bekanntlich die Tuberkulose sehr verbreitet ist, die Säuglingsfürsorge nicht nur für dieses Alter eine wichtige Aufgabe hat. Nach unserer heutigen Auffassung muß mit dem Verteidigungskampfe gegen die Tuberkulose bereits im Säuglingsalter begonnen werden und in dieser Hinsicht besitzt unsere riesige Frühjahrssterblichkeit der Ein- bis Sechsjährigen große Wichtigkeit.

Ich wage es zu behaupten, daß die Aufdeckung jener Verhältnisse, welche bei uns diese große Frühjahrssterblichkeit verursachen, — der entsprechend auch die Zahl der Erkrankungen der Respirationsorgane eine hohe sein muß — auch für die Bekämpfung der Tuberkulose in Ungarn von größter Wichtigkeit ist, und wenn wir einmal diese Verhältnisse bessern, was gewiß möglich ist, dann haben wir die wirksamste Art der Verteidigung gegen die Tuberkulose zur Tat gemacht.

Wenn wir die Kindersterblichkeitsverhältnisse des Jahres 1908 in den verschiedenen Gegenden des Landes nach Altersgrenzen detaillieren, dann sehen wir in bezug auf die unter einem Monate alten Säuglinge aus Tabelle VI, daß in den einzelnen Landesteilen auch diesbezüglich große Unterschiede bestehen. Verhältnismäßig am günstigsten steht die Sache in den slowakischen Gegenden. Umso trauriger sind die Verhältnisse am rechtsseitigen Ufer der Donau, in der Gegend des Rassenungartums, wo natürlich das Komitat Baranya, das Vaterland des Einkindersystems, die Führung innehat mit 13·6%, aber auch die Komitate Somogy (11·5), Tolna (9·9), Veszprém (9·6) zeigen viel schlechtere Verhältnisse als der Landesdurchschnitt. Der Stadt Szabadka gebührt der traurige Ruhm, mit ihren

13·6‰, unter allen Städten Ungarns die erste Stelle einzunehmen. Dagegen *zeigt die Stadt Marosvásárhely die günstigsten Verhältnisse im ganzen Lande* (4·6‰).

Tabelle VI.

Sterblichkeit der Säuglinge unter einem Monate in den Jahren 1903 bis 1908 nach Landesteilen im Verhältnis zur Zahl der Lebendgeborenen.

Landesteil	1903	1904	1905	1906	1907	1908
Donau, linkes Ufer	7·3	7·2	7·8	7·2	7·5	7·2
Donau, rechtes Ufer	9·4	9·5	10·4	9·4	9·3	9·2
Distrikt zwischen Donau und Theiß	7·9	8·0	8·4	8·0	8·0	8·1
Theiß, rechtes Ufer	7·5	7·6	7·9	7·2	7·5	7·3
Theiß, linkes Ufer	9·6	9·2	10·6	9·3	9·7	9·2
Theiß-Maros-Dreieck	9·8	9·3	10·1	9·5	9·7	9·5
Siebenbürgen	8·2	7·9	8·5	8·0	8·5	8·0
Fiume	7·1	5·8	6·7	6·8	6·9	6·6
Ungarn zusammen	8·8	8·4	9·1	8·4	8·6	8·4

Im allgemeinen muß gesagt werden, daß in den rein ungarischen Komitaten überall *ungünstigere Verhältnisse in dieser Altersgrenze vorwalten als in den von Nationalitäten bevölkerten Gegenden*; am günstigsten gestalten sich die Verhältnisse bei den Slowaken und bei den Deutschen.

Tabelle VII.

Die Sterblichkeit der im 2. bis 6. Monate verstorbenen Kinder nach den Landesteilen in den Jahren 1903 bis 1908 im Verhältnisse zur Zahl der Lebendgeborenen.

Landesteil	1903	1904	1905	1906	1907	1908
Donau, linkes Ufer	8·0	7·9	9·2	8·0	7·9	7·4
Donau, rechtes Ufer	7·5	7·3	9·1	7·7	7·7	6·9
Distrikt zwischen Donau und Theiß	7·6	7·9	9·6	8·2	8·2	8·4
Theiß, rechtes Ufer	7·4	6·7	8·0	8·8	7·2	6·7
Theiß, linkes Ufer	7·8	6·9	8·1	7·5	7·9	7·1
Theiß-Maros-Dreieck	7·7	5·9	8·3	7·7	7·8	7·9
Siebenbürgen	6·7	8·1	7·9	6·5	7·0	6·1
Fiume	9·8	7·8	9·7	6·6	8·5	8·5
Ungarn zusammen	7·5	7·2	8·5	7·6	7·7	7·2

Im allgemeinen müssen wir sagen, daß in dieser Altersgrenze eine erfreuliche Besserung konstatiert werden kann und daß der Landesdurchschnitt die günstigen Verhältnisse des Jahres 1904 erreichte. Sehr wichtig und bemerkenswert ist der Umstand, daß in dieser Altersgrenze das rumänische Element (Landesteile in Siebenbürgen) die günstigsten Verhältnisse mit 5·1% aufweist, die ungünstigsten dagegen die Stadt Kolozsvár mit 9·6%.

Die ungarische Tiefebene (Alföld) bietet wieder ein trauriges Bild dar.

Die sehr große Mortalität in dieser Gruppe (9·1 bis 9·0%) in den Komitaten Jász-Nagykun-Szolnok und Pest hängt wahrscheinlich mit der Engelmacherei zusammen, welche besonders in diesem Alter an den von Budapest in diese Gegenden in Pflege gegebenen Säuglingen verübt wird. Das günstige Verhältnis in Budapest (5·7%) findet wahrscheinlich in diesem Umstande seine Erklärung.

Tabelle VIII.

Sterblichkeit der Säuglinge im 7. bis 12. Monate in den Jahren 1903 bis 1908 nach den Landesteilen im Verhältnisse zur Zahl der Lebendgeborenen.

Landesteil	1903	1904	1905	1906	1907	1908
Donau, linkes Ufer	5·0	4·2	3·6	5·0	4·7	4·5
Donau, rechtes Ufer	4·1	3·7	5·0	4·0	4·3	3·7
Distrikt zwischen Donau und Theiß	4·1	4·7	6·5	5·1	5·2	4·9
Theiß, rechtes Ufer	5·1	4·9	4·8	4·0	4·7	4·2
Theiß, linkes Ufer	5·7	3·9	5·4	5·0	5·2	4·5
Theiß-Maros-Dreieck	5·9	4·3	5·2	5·9	5·1	6·3
Siebenbürgen	4·5	3·2	4·4	4·4	4·8	3·9
Fiume	5·6	6·8	7·2	4·3	6·3	5·8
Ungarn zusammen	5·2	4·1	5·5	4·7	4·9	4·4

Aus dieser Tabelle und aus Fig. 5 ersehen wir, daß das Land mit dieser Altersgrenze die günstigen Verhältnisse des Jahres 1904 nicht erreicht hat; hier ist, wie ich bereits erwähnte, ein Rückfall eingetreten, die Rumänen resp. die Gegend jenseits des Királyhágó (in Siebenbürgen) zeigen auch in dieser Altersgrenze die günstigsten Verhältnisse, das Dreieck zwischen Theiß und Maros die ungünstigsten. Am günstigsten im ganzen Lande sind die Verhältnisse im Komitate Somogy (2·9%), ungünstig stehen dem Landesdurchschnitte von 4·4% gegenüber die Städte Szabadka (6·5%), Kassa (8·0%), Temesvár (6·3%). Sehr günstig ist die Lage der Slowaken, gebessert hat sich das Ungartum jenseits der Donau, aber noch immer sehr schlecht stehen die Verhältnisse im Distrikte zwischen Donau und Theiß, gut sind sie in der Zips, ausgezeichnet bei den Sachsen in Brassó (4·1%).

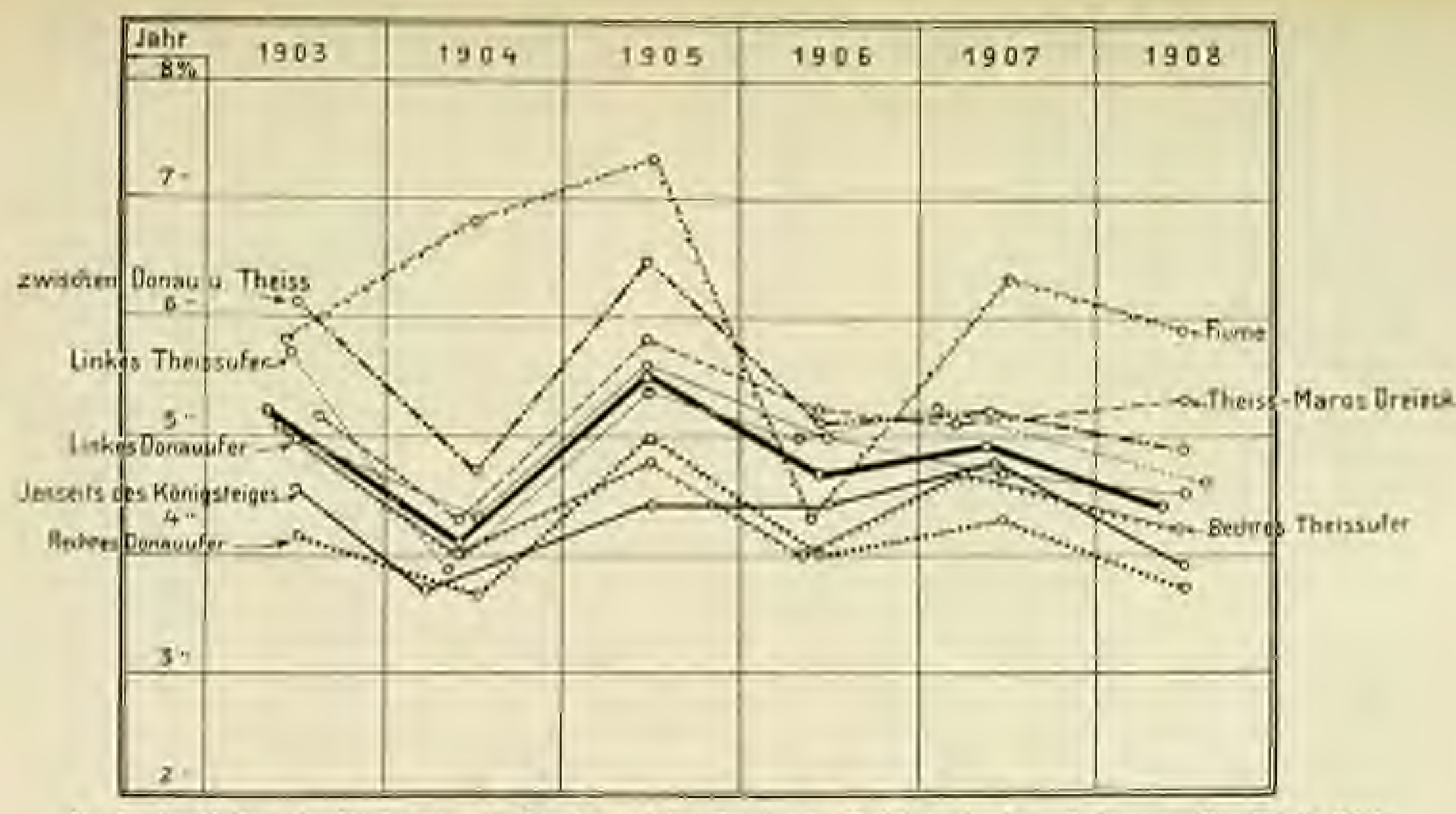


Fig. 5. Sterblichkeit der Kinder unter 12 Monaten nach Landesteilen im Verhältnis der Lebendgeborenen. (Aus Tabelle VIII.)

Aus der Zusammenstellung des 6jährigen Durchschnittes der Mortalität der Säuglinge unter einem Jahre erhellt daher, daß in den von Nationalitäten bewohnten Gegenden in allen Altersrelationen die Verhältnisse günstiger sind, als bei der Bevölkerung ungarischer Zunge und daß die gebirgigen Gegenden im Vorteile sind vor der Tiefebene (Alföld). Unter den vom Volke ungarischer Zunge bewohnten Gegenden zeigt bloß der Distrikt jenseits der Donau günstigere Verhältnisse als der Landesdurchschnitt in der Säuglingsmortalität.

Sehr wichtig zur Beurteilung der Verhältnisse ist die Sterblichkeit der Kinder im Alter zwischen 1 und 2 Jahren im Durchschnitt der Jahre 1903 bis 1908 nach Landesteilen im Verhältnisse zur Zahl der Lebendgeborenen. (Tabelle IX.)

Tabelle IX.

Landesteil	1903	1904	1905	1906	1907	1908
Donau, linkes Ufer	5·8	4·8	6·8	5·2	4·4	4·3
Donau, rechtes Ufer	3·8	3·5	5·1	4·0	3·9	3·4
Distrikt zwischen Donau und Theiß	5·8	5·0	7·6	5·7	5·3	4·9
Theiß, rechtes Ufer	6·6	4·5	5·5	4·8	5·6	4·6
Theiß, linkes Ufer	7·2	4·7	8·6	6·2	5·8	4·9
Theiß-Maros-Dreieck	6·2	4·3	8·6	5·8	5·2	6·1
Siebenbürgen (jenseits des Königsteiges)	6·1	5·6	5·7	5·4	6·8	5·3
Fiume	7·0	7·8	6·7	4·3	5·2	4·2
Ungarn zusammen	5·7	4·4	6·2	5·3	5·0	4·6

Es ist ersichtlich, daß 1. das Land auch mit dieser Altersgrenze nicht die günstigen Verhältnisse des Jahres 1904 erreichte; 2. daß das Sterblichkeitsverhältnis bei den Kindern der Rumänen sich stark verschlechtert, ein Beweis, daß das Kind in diesem Alter der intensivsten Fürsorge bedarf; die Verhältnisse im Nordwesten sind günstig, der Distrikt zwischen Donau und Theiß überschreitet auch in diesem Alter den Landesdurchschnitt, dagegen sind die Verhältnisse günstig beim Ungartum jenseits der Donau, die günstigsten im ganzen Lande. Das Optimum bietet wieder Marosvásárhely mit 2·1%, dann folgen Szatmárnémeti mit 2·9%, Budapest mit 3·4%, Baja mit 3·0%, Sopron mit 2·9%, Komárom mit 2·6%, Győr mit 2·3%; das deutsche Element zeigt in dieser Relation einen Rückfall in der Zips auf 5·2%, aber die sächsische Gegend bleibt unverändert gut.

Am schlechtesten sind die Verhältnisse im Theiß-Maros-Dreieck, wo in diesem Alter eine intensive Fürsorge besonders nottut; auf dieses Alter fällt die große Kindersterblichkeit des Komitates Torontál und des reinungarischen Komitates Csanád.

Tabelle X.

Die Verteilung der Sterblichkeit der 2- bis 6jährigen Kinder nach Landesteilen in den Jahren 1903 bis 1908 im Verhältnis zur Zahl der Lebendgeborenen.

Landesteil	1903	1904	1905	1906	1907	1908
Donau, linkes Ufer	7·4	6·2	7·8	6·8	5·7	5·6
Donau, rechtes Ufer	5·7	5·3	6·8	5·2	5·7	5·2
Distrikt zwischen Donau und Theiß	7·8	8·4	7·5	6·7	8·8	6·2
Theiß, rechtes Ufer	10·2	7·6	4·8	6·4	7·5	7·4
Theiß, linkes Ufer	9·9	8·0	8·3	7·2	7·1	6·8
Theiß-Maros-Dreieck	9·1	8·4	8·3	7·9	8·0	10·1
Siebenbürgen (jenseits des Königsteigs)	8·9	7·3	6·8	8·2	7·6	6·9
Fiume	4·6	7·8	8·4	5·9	5·6	6·7
Ungarn zusammen	8·2	7·0	7·5	6·9	6·9	6·8

In dieser Altersgrenze haben wir also die Verhältnisse des Jahres 1904 nicht bloß erreicht, sondern sogar überschritten und an dieser Besserung partizipiert das ganze Land, ausgenommen allein das Theiß-Maros-Dreieck.

Wenn wir die ganze Kindersterblichkeit der Untersiebenjährigen auf derselben Basis (im Verhältnis zu sämtlichen Lebendgeborenen) zusammenstellen, dann sind die Resultate die folgenden:

Tabelle XI.

Landesteil	1903	1904	1905	1906	1907	1908
Donau, linkes Ufer	32·8	29·9	34·7	32·2	30·7	29·2
Donau, rechtes Ufer	30·5	29·3	36·1	30·8	30·9	29·4
Distrikt zwischen Donau und Theiß	35·2	32·9	39·6	33·7	33·5	32·4
Theiß, rechtes Ufer	36·8	30·4	33·0	29·1	32·5	29·9
Theiß, linkes Ufer	40·2	33·7	48·7	35·2	35·7	32·7
Theiß-Maros-Dreieck	37·9	33·5	39·6	36·1	35·8	33·1
Siebenbürgen (jenseits des Königsteigs)	32·7	29·4	31·7	32·5	32·8	29·6
Fiume	34·3	36·9	38·8	27·9	33·5	34·1
Ungarn zusammen	35·3	31·1	38·8	32·9	33·1	31·4

Als Endresultat müssen wir vorerst konstatieren, daß: 1. unsere Kindersterblichkeit eine erschreckend große ist und $1/3$ der Lebendgeborenen innerhalb der 7 ersten Lebensjahre stirbt; 2. daß wir die günstigen Verhältnisse des Jahres 1904 noch nicht erreicht haben; 3. daß das ungarische Element ausschließlich der ungarischen Bevölkerung jenseits der Donau seine verhältnismäßig günstige Lage verdankt, denn die große ungarische

Tiefebene (Alföld), der Distrikt zwischen Donau und Theiß bleiben in allen Altersrelationen weit zurück (32·4) hinter dem Rumänentum jenseits des Königsteiges (29) wie auch hinter dem Oberlande (Donau linkes Ufer 29·8); 4. sehen wir die riesige Sterblichkeit unter den Kindern höherer Altersgrenze des serbischen Elementes in den südlichen Distrikten. Die großen Unterschiede in den einzelnen Gegenden sind wahrhaft überraschend: die günstigsten Verhältnisse sehen wir in den Komitaten Turócz (22·4) und Hont (21·6), in den Städten Budapest (22·4), Marostorda (25·6), Marosvásárhely (23·1); dagegen ist die Gesamtsterblichkeit erschreckend groß in *Bácsbodrog* (37·7), *Szabadka* (42·8!), Ujvidék (37), Csanád (41·1!), Torontál (45), Pancsova (41).

5. Es ist ersichtlich, daß die Höhe der Sterblichkeit unter 1 Jahre die Höhe der Kindersterblichkeit determiniert; die führende günstige Rolle des Distriktes diesseits der Donau kann schon in der Altersgrenze von unter 1 Monat konstatiert werden, die ungünstige Lage des Theiß-Maros-Distriktes ebenfalls, doch gibt es auch Ausnahmen. So verschlimmert sich die Situation wesentlich im Distrikt jenseits des Königsteiges nach dem 1. Lebensjahre.

6. Ganz besondere Erwähnung verdient in dieser Hinsicht der Distrikt jenseits (am rechten Ufer) der Donau, *welcher in der Altersgrenze unter einem Monat der ungünstigste im ganzen Lande ist, wo sich jedoch die Lage allmählich bessert und bezüglich der Siebenjährigen bereits die günstigsten Verhältnisse im ganzen Lande herrschen*, und zwar in solchem Maße, daß die Superiorität der Seelenzahl des Ungartums ausschließlich auf diesem Umstande basiert. Die riesige Sterblichkeit unter 1 Monate jedoch, welche im Komitate Baranya und auch noch in anderen Komitaten jenseits der Donau vorhanden ist, der Kontrast mit den späteren Verhältnissen, machen es zur Gewißheit, daß hier *absichtlich eine Verminderung der Kinderzahl betrieben wird*; die Säuglingsfürsorge kann hier nicht rasch und energisch genug einschreiten zur Paralysierung des zweifellos kriminellen Systems, denn wenn das Beispiel des „Einkindersystems" *eben in diesem Landesteile Verbreitung findet*, wird das von unberechenbaren Folgen begleitet sein.

7. Eben darum halte ich es für eine providentielle Verfügung, daß die staatlichen Kinderasyle im Herzen und an der Grenze des Alföldes errichtet wurden, aber es ist zu wünschen, daß die Säuglingsfürsorge einen unvergleichlich intensiveren Teil des Programmes dieser Institute bilde, als dies bisher der Fall war.

8. Ich betone die Säuglingsfürsorge, denn ich lege große Wichtigkeit auf jene durch meine Untersuchungen aufgedeckte Tatsache, laut welcher in den letzten Jahren in den höheren Altersgrenzen zwar eine Besserung eingetreten ist, dagegen *im Säuglingsalter und im Alter unter zwei Jahren eine Verschlimmerung konstatiert werden kann*. Wenn wir daher zielbewußt handeln wollen,

müssen wir unsere Kraftanstrengung auf dieses Alter, und zwar vom ersten Lebenstage angefangen, konzentrieren.

9. Die Basis der zielbewußten Aktion kann ausschließlich nur die Gefährdungsskala der einzelnen Landesdistrikte nach den Altersgrenzen bilden. Auf dieser Basis müssen in allererster Reihe in der Altersgrenze von unter einem Monate der Distrikt am rechten Ufer der Donau, dann das Theiß-Maros-Dreieck geschätzt werden. Die Schutzmaßregeln müssen in erster Reihe Maßregeln zum Mutterschutz sein (Schutz während der Schwangerschaft und des Kindbettes, Mutterschafts-Versicherung), die Verbesserung der Lage der Illegalen, auf der anderen Seite dagegen die systematische Einbeziehung der Geistlichen und Lehrer, Ärzte und Hebammen in die Aktion des Kinderschutzes, zu gleicher Zeit energische Ausnahmemaßregeln zur Unterdrückung der Fruchtabtreibung und des Sterbenlassens der Neugeborenen, wie z. B. schwere Geldstrafen in jenen Fällen, wo der Säugling ohne ärztliche Behandlung zugrunde geht; strenge Bestrafung der hierher gehörenden Kriminalitäten. Der Kinderschutz muß in diesen Landesdistrikten schon vor der Geburt einsetzen, sonst wird er keinen Erfolg haben.

Mit einem Worte: in den vom Ungartum bevölkerten Gegenden muß der Schutz im Alter von unter zwei Jahren intensiv sein, die von Nationalitäten bevölkerten Gegenden bedürfen intensiveren Schutzes eher im Alter von über zwei Jahren.

Als ich die Verschiedenheit der Verhältnisse in den einzelnen Landesteilen wahrnahm, mußte ich naturgemäß weitere Untersuchungen darüber anstellen, wie sich die Verhältnisse im Lande nach den Nationalitäten gestalten: 1. bezüglich der Sterblichkeit der Untereinjährigen, also der Säuglinge im Vergleiche mit den Lebendgeborenen; 2. bezüglich der Kindersterblichkeit unter 2 Jahren; 3. bezüglich dessen, wie es sich demnach mit der natürlichen Vermehrung verhält. (Tabelle XII.)

Was zuerst auffällt, ist jener Umstand, daß die Daten der einzelnen Jahre voneinander stark abweichen, in einem und demselben Jahre gleichen jedoch die Daten sämtlicher Nationalitäten einander sehr und weisen bloß geringere Unterschiede auf.

Weiter ist ersichtlich, welch erschreckender Rückfall in der Verhältniszahl der Sterbefälle und der natürlichen Vermehrung das Jahr 1905 aufweist.

1. In der Gruppe unter 1 Jahre sieht man die auffallend große Sterblichkeit des serbischen Elementes, welche jene aller anderen Nationalitäten weit übersteigt, im Jahre 1903 war die Sterblichkeit der deutschen und rumänischen Nationalitäten viel größer als die der Ungarn, kleiner als die letztere war die Sterblichkeit der Kroaten, Ruthenen, Slowaken. Im Jahre 1904 verbesserten sich die Verhältnisse aller Nationalitäten, an der großen Verschlechterung im Jahre 1905

Tabelle XII.

Kindersterblichkeit und natürliche Vermehrung nach Nationalitäten in den Jahren 1903 bis 1908.

Muttersprache	1903	1904	1905	1906	1907	1908
a) In Prozenten der Lebendgeborenen Todesfälle unter 1 Jahr.						
Ungarn	21·0	19·9	23·6	20·7	20·3	19·5
Deutsche	21·2	19·7	22·8	19·9	20·8	19·9
Slowaken	20·4	18·8	22·0	19·7	19·8	19·2
Rumänen	22·9	18·6	21·9	20·6	22·4	20·1
Ruthenen	20·4	17·4	20·8	19·5	21·3	18·6
Kroaten	19·8	19·2	24·4	20·0	21·2	20·4
Serben	27·2	25·4	29·4	27·9	27·3	26·4
Andere	21·4	20·7	25·8	23·4	23·1	21·3
Durchschnitt	21·2	19·7	23·2	20·7	21·2	20·1
b) In Prozenten der Lebendgeborenen Todesfälle unter 7 Jahren.						
Ungarn	34·4	30·8	37·5	32·5	32·2	30·2
Deutsche	32·1	29·6	33·5	29·1	31·1	30·2
Slowaken	35·3	30·6	36·6	32·2	31·5	30·7
Rumänen	36·7	32·0	35·8	35·2	35·0	33·4
Ruthenen	29·5	32·7	34·4	33·6	32·7	31·5
Kroaten	29·9	28·4	36·7	33·5	31·2	32·3
Serben	43·8	39·5	45·6	43·2	44·9	40·1
Andere	31·5	30·8	39·0	32·9	30·5	32·4
Im allgemeinen	37·4	31·0	36·8	33·0	33·1	31·4
c) Natürliche Vermehrung auf 1000 Seelen.						
Ungarn	11·3	12·5	7·7	11·6	11·3	12·7
Deutsche	10·2	10·7	7·5	10·2	8·6	9·2
Slowaken	11·7	14·0	9·4	11·8	11·4	14·2
Rumänen	8·9	10·1	6·3	9·1	8·6	8·8
Ruthenen	10·7	16·0	14·8	15·2	14·2	16·6
Kroaten	13·2	15·8	7·1	12·9	12·6	10·5
Serben	7·5	8·6	2·0	7·8	5·4	3·4
Andere	8·7	9·7	3·5	8·5	8·1	7·6
Im allgemeinen	10·1	12·1	7·6	11·0	10·4	11·5

nehmen auch unsere Nationalitäten Anteil, jedoch derart, daß das Verhältnis zueinander unverändert bleibt; im Jahre 1906 tritt wieder Besserung ein, und zwar gleichmäßig überall; im Jahre 1907 weisen die Nationalitäten wieder größere Sterblichkeit auf, während das ungarische und slowakische Element am besten steht und ungefähr ebenso bleibt das Verhältnis unter ihnen auch im Jahre 1908, so daß im Endresultat die Säuglingssterblichkeit bei der *ruthenischen* Nationalität die günstigste ist, auf diese folgt die slowakische Nationalität, das ungarische und deutsche Element gleichen einander, stehen jedoch schlechter als die Genannten; noch ungünstiger sind die Verhältnisse der Reihenfolge nach bei den Rumänen, Kroaten und anderen Nationalitäten, und alle diese überflügelt weit mit seiner erschreckenden Mortalität das serbische Element. In dieser Altersgrenze hat sich also die Lage des Ungartums im Vergleiche zu den Nationalitäten in den letzten 6 Jahren gebessert; eine ansehnliche Besserung weist das Deutschtum auf.

2. Die Verteilung der Kindersterblichkeit unter 2 Jahren nach Nationalitäten.

Im Jahre 1903 weisen bessere Verhältnisse auf das Ungartum, die deutschen, kroatischen und die kleineren Nationalitäten; schlechtere die Slowaken, Rumänen, Ruthenen und Serben. Im Jahre 1904 gleichen sich die Verhältnisse, das ungarische Element bessert sich. Im Jahre 1905 *verringert sich* die Sterblichkeit der Ruthenen *sehr stark* im Vergleiche zu der anderen Nationalitäten, respektive die Ruthenen haben den kleinsten Anteil an der allgemeinen Steigerung. Im Jahre 1906, in der Periode der Besserung, geschieht keine größere Verschiebung der Verhältnisse zueinander, um so größer ist sie jedoch im Jahre 1907, in welchem Jahre die Mortalität des ungarischen Elementes sinkt, desgleichen die Sterblichkeit der Serben und in geringerem Maße auch die der Kroaten, zur selben Zeit wächst die Mortalität der Deutschen, Ruthenen und Rumänen. Noch größer sind die Veränderungen im Jahre 1908, zu welcher Zeit die Mortalität der Kroaten unerwartet ansteigt, die der Serben, welche ohnehin beispiellos schlecht steht, erschreckend emporschnellt. *Endresultat:* *Am Ende des Jahres 1908 weist die ungarische und deutsche Nationalität in der Kindersterblichkeit die günstigsten Verhältnisse auf*, ihnen zunächst steht die slowakische und ruthenische Nationalität, während Kroaten, Rumänen weit zurückbleiben, am weitesten von allen anderen jedoch die Serben.

3. Weit wichtiger als das Resultat der Populationsbewegung ist die *natürliche Vermehrung im Verhältnisse zu 1000 Seelen* (Tabelle XII), d. h. der Überschuß der Zahl der Geburten über die Zahl der Sterbefälle. Im Jahre 1903 war die Vermehrung des kroatischen und slowakischen Elementes größer als jene des ungarischen Elementes (11·2 $^0/_{00}$), ihr zunächst standen die Deutschen, am geringsten war die Vermehrung der Rumänen (6·1 $^0/_{00}$). Im günstigen Jahre 1904 sehen wir eine sehr interessante Veränderung; die natürliche Vermehrung einer jeden Nationalität

bessert sich, aber am stärksten (mit 5%) bessert sich das ruthenische Element und verhältnismäßig stark bessern sich auch die Rumänen. Im Jahre 1905 sehen wir jenes Debacle, welches bereits in unseren bisherigen Tabellen zum Ausdruck gelangte und welches sich in der Zahl der Geburten widerspiegelte, deutlich ausgeprägt, aber charakteristischerweise nimmt am Niederbruch das ärmste Element des Landes, der Ruthene, den geringsten Anteil und auch die Situation des Rumänentums bleibt eine verhältnismäßig günstige.

Im Jahre 1906 tritt stufenweise Besserung ein, aber das Verhältnis der einzelnen Klassen zueinander ändert sich nicht; im Jahre 1907 bewegt sich die Vermehrung sämtlicher Nationalitäten in denselben Grenzen; im Jahre 1908 tritt bei der kroatischen Nationalität, welche im Jahre 1903 am günstigsten stand, im Gegensatze zu allen anderen Nationalitäten, eine starke Verschlechterung ein (und zwar, wie wir dies bewiesen haben, infolge der Steigerung der Mortalität der über ein Jahr Alten) und noch erschreckender ist die Verschlechterung beim serbischen Element. Die Vermehrung des deutschen Elementes ist auch geringer als wünschenswert. Besser als der Ungar, welcher sich von 11·2% des Jahres 1903 auf 12·7% erhöhte, steht nur der Slowake (von 11·7% auf 13·2%) und der Ruthene (von 16·7% auf 16·8%).

Eine gewisse Besserung in der natürlichen Vermehrung ist daher jedenfalls in den letzten Jahren wahrzunehmen und die Lage des Ungartums ist in dieser Beziehung günstiger als der Landesdurchschnitt.

Die Situation des südländischen serbischen Elements hat sich sehr verschlechtert und seine natürliche Vermehrung ist heute halb so groß, als sie es im Jahre 1903 war. Am günstigsten steht dagegen die natürliche Vermehrung beim ruthenischen Element.

Wir sehen also, daß bei uns weder die Zahl der Geburten, noch die Zahl der Säuglings- oder Kindersterblichkeit eine auf- oder absteigende Linie bildet, wie dies in anderen Staaten der Fall ist, sondern sie zeigen eine große Schwankungen aufweisende scharfwinkelige Linie, deren Charakteristicum auch noch ist, daß in jenem Jahre, in welchem die Zahl der Geburten fällt, zugleich die Sterblichkeit stark anwächst, und zwar sowohl die Säuglings- als auch die Kindersterblichkeit. Wir ersehen das, wenn wir den Daten der letzten Tabelle die Zahl der im Lande (Kroatien-Slawonien nicht eingerechnet) in diesen 6 Jahren geborenen Kinder entgegenstellen:

1903	wurden geboren	628.227
1904	„ „	**642.294**
1905	„ „	**616.176**
1906	„ „	637.036
1907	„ „	641.056
1908	„ „	655.946

Die günstigen Zahlen des Jahres 1904 und die ungünstigen des Jahres 1905 zeigen den augenfälligen Unterschied.

Schon hieraus kann man unbedingt folgern, daß *so evidente Gegensätze nur in wirtschaftlichen Verhältnissen ihre Erklärung finden können.* Wenn wir nun noch wissen, wie dies die statistische Landesanstalt ausweist, daß im Jahre 1904 eine sehr schlechte Ernte war, im Jahre 1905 die Ernte und die wirtschaftlichen Verhältnisse sehr günstig waren; wenn wir hinzufügen, daß die Höhe der Gesamtsterblichkeit des Jahres 1905 zweifellos die Folge der schlechten Ernte des Vorjahres gewesen, können wir als bewiesen betrachten, daß in unserem Vaterlande die gute oder schlechte Ernte es ist, welche nicht bloß die Höhe der Geburten, sondern auch die *Größe der Säuglingssterblichkeit* bestimmt — dies sind Daten, welche wir bisher vergeblich in der Literatur suchen. Daß nicht die ungünstigen klimatischen Verhältnisse die Ursache bilden, das erhellt aus dem Umstande, daß gerade 1904, *im Jahre der schlechten Ernte*, bei ungünstigen klimatischen Verhältnissen die Sterblichkeitsverhältniszahl eine günstige ist.

Es folgt jedoch hieraus, daß *bei uns der Säuglings- und Kinderschutz sich nicht nur nach den Landesdistrikten, nicht nur nach den Nationalitäten, nicht bloß nach den verschiedenen Altersgrenzen des Kindesalters, sondern nach den Ernte- respektive Wirtschaftsverhältnissen des betreffenden Landesteiles richten muß; bei guter Ernte ist ein geringerer, bei schlechter Ernte ist ein intensiverer Schutz nötig respektive wird ein solcher nötig sein;* denn aus einzelnen Daten scheint schon jetzt zu folgen, daß, wenn die Weizen-, Roggen und Doppelernte eine schlechte ist, die Säuglingssterblichkeit des ungarischen Elementes ungünstiger wird, bei schlechter Kartoffelernte die Säuglingssterblichkeit des slowakischen, bei schlechter Maisernte dagegen jene des rumänischen Elementes sich verschlimmert, was bedeuten will, daß *bei uns die Säuglingssterblichkeit in erster Reihe von den Ernährungsverhältnissen der Mutter abhängig ist.*

Diese Tabellen lassen jedoch noch eine wichtige Folgerung zu. Jene nämlich, daß, wie wir zeigten, die natürliche Vermehrung des ruthenischen Elementes die größte ist und daß bei diesem Element auch heute die Säuglingssterblichkeit im ganzen Lande die geringste ist. Wir müssen uns aber zwei Dinge vor Augen halten: 1. *ist das ruthenische Element zweifellos das ärmste im ganzen Lande* — der ärmste Taglöhner des Alföld ist im Vergleich zum Ruthenen ein Krösus; 2. *bei den Ruthenen ist die künstliche oder Zwiemilch-Ernährung gänzlich unbekannt;* die ruthenische Mutter reicht ihrem drei Monate alten Säugling keine Semmel- oder Brotkrummen, wie dies die ungarische Mutter zu tun pflegt und, zwar aus dem einfachen Grunde, *weil sie selbst kein Brot hat.*

Das, was *Dietrich*[1]) bezüglich der Säuglingssterblichkeit anläßlich der Belagerung von Paris in 1871 mitteilt, daß nämlich die Mutter, als die Kuhmilch ausging, gezwungen waren, ihren Kindern statt der gewohnten künstlichen Nahrung die Mutterbrust zu reichen, was zur Folge hatte, daß in der dort damals herrschenden großen Not die Säuglingssterblichkeit von 33 % auf 17 % herabfiel; was *Neumann* in bezug auf die Säuglinge Berlins bewiesl, daß *auf den durch Mutterbrust ernährten Teil derselben der Pauperismus keine deletäre Wirkung ausübt*, daß die Armut als Schädlichkeit nur bei den künstlich (oder unrichtig) ernährten Säuglingen zur Geltung kommt; was endlich *Tugendreich* an seinem Ambulanzmaterial zu beweisen trachtete, *das ist hier in bezug auf einen Landesteil, auf eine Rasse — meines Wissens zum erstenmal — bewiesen.*

Daß sich die Sache so verhält, das beweist eben das Beispiel des schlechten Jahres 1904. Die Ernte fiel sehr schlecht aus, das Elend ist im nächsten Jahre sehr groß. Im ganzen Lande verschlimmert sich die Säuglingssterblichkeit aller Nationalitäten — im geringsten Maße jene der Ruthenen; im Jahre 1905 ist die Ernte eine bessere, wieder zeigt das ruthenische Verhältnis die kleinste Schwankung. Der einzige Grund der günstigen Lage bei der ärmsten Nationalität Ungarns ist die ausschließliche Ernährung durch die Mutterbrust, und ich wiederhole, dies ist zugleich der Beweis jener außerordentlich wichtigen These, laut welcher *bei ausschließlicher Brusternährung selbst der größte Pauperismus die Sterblichkeitsverhältnisse der Säuglinge nicht ungünstig zu beeinflussen vermag.*

Hierin ist zugleich das Hauptprogramm des Kampfes gegen die Säuglingssterblichkeit in unserem Lande enthalten; bei uns ist, wie bewiesen werden kann, *das Hauptübel die unzweckmäßige Nebenernährung, welche bei Überfütterung doppelt schädlich wirkt* — dagegen müssen wir ankämpfen; *dies ist heute noch leichter*, als wenn wir die ungarischen Mütter von der künstlichen Ernährung zur Brusternährung zurückführen müßten.

Meine Endresultate fassen die *Karten der Säuglingssterblichkeit in Ungarn zusammen*, aus welchen sofort ersichtlich ist: 1. *von den südungarischen Serben* verbreitete sich in unserm Vaterland teils gegen Csanád, teils gegen Baranya zu die Praktik der frühzeitigen Beförderung der Säuglinge ins Jenseits. Hier muß, ich wiederhole eindringlich, *mit außerordentlichen Verfügungen schleunigst zugegriffen werden*, wenn wir das Ungartum vor weiterem Verfall bewahren wollen. 2. Aus dem serbischen Beispiel können wir wieder sehen, daß der Pauperismus bei der Kindersterblichkeit kein so entscheidender Faktor ist, wie allgemein angenommen wird, denn der südländische Serbe ist *reich* und wohnt in der wirtschaftlich günstigsten Gegend. Dagegen zeigt das Komitat *Likakrbava* in Kroatien, von sehr armen *Serben* bewohnt, die günstigsten Verhältnisse im ganzen ungarischen Reiche.

[1]) *Dietrich*: Zeitschrift f. Säuglingsfürsorge I. Bd. S. 38.



Fig. 6. Verteilung der Todesfälle unter 1 Jahr im Verhältnis zur Zahl der Lebendgeborenen 1901 bis 1905.



Fig. 7. Verteilung der Todesfälle unter 1 Jahr im Verhältnis zur Zahl der Lebendgeborenen 1908.

Wenn wir uns in die Ergründung der Verhältnisse unseres Landes weiter vertiefen wollen, müssen wir zu allererst Budapest zum Gegenstande unseres Studiums machen. Dies ist keine zu schwere Aufgabe, denn unsere hervorragenden Statistiker, Körösi und Thirring[1], haben bereits zahlreiche diesbezügliche Daten zusammengetragen; außerdem besitzen wir auch eine wertvolle ärztliche Statistik von Flesch und Schoßberger[2], welche die Verbreitung der Brusternährung studierten.

Laut den statistischen Mitteilungen fiel die Verhältniszahl der Sterblichkeit der Untereinjährigen vom Jahre 1874 bis zum Jahre 1896 von 349 auf 148. So akzeptieren sie auch Flesch und Schoßberger, welche auf Grund dieser Daten die Säuglingssterblichkeit günstig genug finden. Ich hielt aber diese Daten für zu günstig und machte sie zum Gegenstand näherer Forschung. Da bei uns die Zahl der illegal Geborenen eine sehr große ist und da eben diese in großer Zahl aufs Land in Pflege gegeben werden, bleibt, wenn wir die Säuglingssterblichkeit mit der Zahl der Lebendgebornen vergleichen — wie dies auch geschehen ist — eben die Mortalität der gefährdeten, weggebrachten, größere Sterblichkeit aufweisenden Kinder aus der Statistik aus. Die Zahl der weggebrachten Säuglinge habe ich in der Weise ausgeforscht, daß ich die Zahl der im Jahre der Volkszählung geborenen und verstorbenen Säuglinge mit der Zahl der konstatierten Einjährigen verglich (Tabelle XIII). Das Resultat war, daß während in den 80iger Jahren bloß 317, in den 90iger Jahren 919, bei der Volkszählung von 1900 bereits 2256 Kinder fehlten, d. i. beinahe 10% des Durchschnittes (25.139) der Lebendgeborenen.

Thirring und später J. Pikler[3]) bewiesen auf anderem Wege, daß die Säuglingssterblichkeit in Budapest infolge der größeren Fluktuation der Bevölkerung nicht leicht konstatiert werden kann — sie rechneten aus, wie sich das Mortalitätsverhältnis der Untereinjährigen, legal und illegal Geborenen, nach Konfessionen gestaltet. Es fand sich, daß bei den Katholiken der Unterschied ein viel geringerer ist, wie er zu sein pflegt (175 auf die legal, 194‰ auf die illegal Lebendgeborenen), dagegen ist die Mortalität der Illegalen bei den Evangelischen (144) geradezu günstiger als die der Legalen (156). Da wir jedoch „als sicher annehmen können, daß bei diesen Konfessionen die Mortalität der Illegalen viel größer ist, und wenn wir als minimales Maß dieser Mehrzahl das sich bei den Juden zeigende Verhältnis (18·3‰ Legale, 167·8‰ Illegale) annehmen — die Juden geben nämlich nur in ganz außergewöhnlichen Fällen ihre Kinder in fremde Pflege — dann wird die Mortalität der illegalen Säuglinge nicht 185·3‰ sein, wie dies die Statistik aufweist, sondern um 401 Fälle mehr, demnach 257·4‰" (Pikler).

[1] Thirring: Die Gesundheitsverhältnisse bei den Kindern in Budapest 1896.
[2] Flesch u. Schoßberger: Archiv für Kinderheilkunde.
[3] Pikler: Hauptstädtische Mitteilungen 1907. August.

Tabelle XIII.

Kindersterblichkeit in den Jahren 1880 bis 1900 (Budapest).

	1880	1881	Im Durchschnitt beider Jahre	1890	1891	Im Durchschnitt beider Jahre	1900	1901	Im Durchschnitt beider Jahre
Zahl der Kinder:									
Unter 1 Jahr	9.492	—	—	12.061	—	—	17.418	—	—
Zwischen 1 bis 2 Jahren	6.918	—	—	9.588	—	—	14.295	—	—
Lebendgeborene Kinder	13.256	13.193	13.275	16.986	18.522	17.757	23.499	22.779	23.139
Kindersterblichkeit									
Unter 1 Jahr	3.622	3.616	3.627	4.035	3.905	3.990	3.825	3.358	3.592
Zwischen 1 bis 2 Jahren	1.048	1.068	1.058	1.223	1.062	1.143	1.095	998	1.042
Mehrzahl d. Lebendgeborenen über die im Alter bis zu 1 Jahr Verstorbenen	9.739	9.577	9.848	12.951	14.622	13.797	19.674	19.421	19.548
Auf 1000 Lebende entfallen Todesfälle:									
Im Alter bis zu 1 Jahr	396·5	—	—	332·9	—	—	219·6	—	—
Im Alter zwischen 1 bis 2 Jahren	151·5	—	—	126·2	—	—	77·6	—	—
Auf 1000 Lebendgeborene entfallen Todesfälle:									
Im Alter bis zu 1 Jahr	272·2	274·1	273·2	236·5	210·8	225·6	162·1	146·9	154·5
Im Alter zwischen 1 bis 2 Jahren	79·1	82·3	80·5	72·0	57·8	64·7	45·4	43·8	45·6
Unterschied zwischen der Volkszahl und der Mehrzahl der Lebendgeborenen	417	—	—	910	—	—	2.256	—	—

Laut Piklers Berechnung müssen wir daher zu den Budapestern noch 401 Tote zuzählen. Wenn ich jedoch meine Berechnungen als Basis annehme, finde ich diese Zahl im Verhältnisse zu den 2256 „gefährdeten" Säuglingen zu klein. Wenn wir aber auch nur das minimale Maß Piklers in Anwendung bringen, erhellt, daß die wirkliche minimale Zahl der Budapester Sterblichkeit z. B. im Jahre 1901 nicht die ausgewiesenen 154·3‰ beträgt, sondern 18%! — Ich bemerke, daß bei dieser Berechnung auch die Zahl der von der Provinz hereingebrachten und

hier verstorbenen Säuglinge (im Jahre 1905 insgesamt 63) mitgerechnet wurde. Wir sehen demnach, auf wie viele Schwierigkeiten die Verwertung der Statistik stößt. In Budapest ist die Säuglingssterblichkeit im allgemeinen am größten bei den Katholiken, am kleinsten bei den Juden.

Interessant ist, was sich jährlich wiederholt, daß in der Mortalität *der Legalen das Plus der Knaben gegenüber den Mädchen größer ist als in der der Illegalen.* Die Zahl der Totgeborenen ist verhältnismäßig nicht groß und fiel seit 1897 von 1·1% auf 0·8%.

Die rasche Verminderung der Geburtszahl in Budapest ist sehr ausgesprochen, im Jahre 1897 fielen auf 1000 Einwohner 34·5 Lebendgeborene, 1906 nur 27. Sehr lehrreich ist das Verhältnis der legal und illegal Geborenen nach Konfessionen: 31·2% bei den Katholiken, 42·6% bei den Griechisch-Katholischen, 30·4% bei den Evangelischen, 30·2% bei den Reformierten, 11·2% bei den Juden. Das Verhältnis der Illegalen zur Zahl der Lebendgeborenen fiel seit 1897 bis 1906 von 27·2% auf 26·8%.

Diese allgemeinen Daten entnahm ich dem statistischen Jahrbuch. Meine eigenen Forschungen bezogen sich darauf: 1. wie verteilt sich die Säuglingssterblichkeit in Budapest auf die einzelnen Monate? 2. in welcher Weise wird die Säuglingssterblichkeit durch die Ernährung, die Wohnung und die klimatischen Verhältnisse beeinflußt?

Die erste Frage ist die Frage *der sommerlichen Steigerung*, auf welche ich bei den Landesverhältnissen bereits hinwies. In Anbetracht dessen, daß der Distrikt zwischen Donau und Theis der einzige Landesteil ist, wo eine größere sommerliche Steigerung vorhanden ist, war dies auch in bezug auf Budapest zu erwarten.

Da bei uns die Mutterbrusternährung unverhältnismäßig mehr verbreitet ist als in Deutschland, können wir zwischen der winterlichen und sommerlichen Mortalität keine so großen Differenzen erwarten, als z. B. in Berlin bestehen, wo nach *Tugendreich* (pag. 68) im August dreimal soviel Kinder sterben als im Februar. *Schloßmann*[1]) macht übrigens darauf aufmerksam, daß auch zwischen den einzelnen Städten Deutschlands bezüglich der sommerlichen Steigerung große Unterschiede bestehen. In Düsseldorf sterben 1·3mal, in Dresden 2·8mal, in München ½mal soviel Kinder im August als im günstigsten Monate des Jahres, d. h. in Düsseldorf ist die Steigerung eine viel geringere als in München und die klimatischen Verhältnisse (durchschnittliche Maximumtemperatur) sind nicht derart verschiedene, daß in diesen die Erklärung hierfür gefunden werden könnte. *Schloßmann* erklärt dies so, daß dort, wo die Ernährung eine unregelmäßige und die Pflege eine mangelhafte ist, die Säuglinge in jeder Jahreszeit zugrunde gehen und daß darum die sommerliche Steigerung ausbleibe.

Auch nach *Prinzing*[2]) fehlt die sommerliche Steigerung dort, wo das Säugen verbreitet ist. Einen Vergleich mit unserem Lande, besonders aber mit der Lage in Budapest, läßt eigentlich nur die inter-

[1]) Schloßmann: Statistik und Säuglingsfürsorge. Münchner med. Wochenschrift 1907, Nr. 1.

[2]) Prinzing: Med. Statistik. Handbuch 1906.

essante Statistik der Stadt Magdeburg zu, nicht nur darum, weil ihre Daten vom genannten Forscher, von Keller, herstammen, sondern auch deswegen, weil dort ein vollständig organisierter Säuglingsschutz vorhanden ist. In Magdeburg fällt die Hälfte der ganzjährigen Säuglingssterblichkeit auf die 3 Sommermonate und ist die Ursache nicht Wohnungsüberfüllung; außerdem werden dort nach Keller[1] 76·5% der Säuglinge gestillt, 71·2% mehr als 1 Monat lang. Keller ist der erste, welcher dieses Mißverhältnis aus der fehlerhaften Technik des Stillens, aus dem allzu häufigen Anlegen, hauptsächlich aber aus der allzu frühen und zweckwidrigen Nebenernährung zu erklären versucht. Er findet daher in Magdeburg dieselben Gründe, welche die Budapester und die ungarische allgemeine große Säuglingssterblichkeit erklären, wie ich dies später beweisen werde. Ein Unterschied besteht jedoch zwischen Budapest und Magdeburg noch immer: daß es nämlich bei uns keine so große sommerliche Steigerung gibt. Der Grund hierfür ist aber gerade nicht erfreulich; denn es kann erwiesen werden, daß bei uns nur darum keine große sommerliche Steigerung zu bemerken ist, weil die Säuglingssterblichkeit schon im Winter sehr groß ist.

Deneke und Thorn verhalten sich diesen Erklärungen Kellers gegenüber skeptisch und berufen sich auf Budin, welcher nach allzu häufigen Stillen keine größere Schädigung beobachtete.

Tabelle XIV.

Sterblichkeit der Kinder von 0—1 und 1—2 Jahren nach Monaten in Budapest 1902—1906.

	1902		1903		1904		1905		1906		Im Durchschnitt der 5 Jahre, Anzahl auf das Alter von 0–1 Jahr	In Prozenten ausgedrückt
	0–1 jährig	1–2 jährig	0–1 jährig	1–2 jährig	0–1 jährig	1–2 jährig	0–1 jährig	1–2 jährig	0–1 jährig	1–2 jährig		
Jänner	224	78	280	83	251	87	340	90	246	[illegible]	269	9·25
Februar	[illegible]	84	274	82	278	101	290	87	298	[illegible]	282	9·69
März	303	100	302	104	258	124	277	109	234	81	284	9·71
April	252	113	249	120	274	111	258	122	212	106	251	8·62
Mai	245	120	238	122	240	95	248	100	242	106	253	8·68
Juni	224	83	255	76	236	81	241	74	[illegible]	97	230	7·67
Juli	273	72	438	87	405	73	408	82	326	73	302	10·79
August	363	80	356	73	384	85	411	117	299	43	312	10·49
Sept.	233	54	241	41	219	77	301	71	218	48	258	7·91
Oktober	225	53	242	56	221	51	188	68	187	37	228	6·99
November	231	73	204	50	192	69	175	66	190	82	208	6·38
Dezember	305	89	209	77	245	76	217	80	250	62	244	7·48
Jahr	3.425	1.090	3.128	968	3.018	1.006	3.434	1.060	3.062	896	3.261	100·00

[1] Keller: Ergebnisse IV.

Ich habe die Daten der Jahre 1902 bis 1906 in Tabelle XIV zusammengestellt, aus welchen wir ersehen können, daß 1902 die Sterblichkeit im April beinahe so groß war als im August, 1906 fällt gerade auf den Monat Mai der Höhepunkt der Säuglingssterblichkeit. Auch hieraus erhellt daher, was ich in bezug auf das Land bereits bewiesen habe, daß bei uns die sommerliche Steigerung nicht als gesetzmäßig betrachtet werden kann. Wenn wir die Sterblichkeitsperzentualität im Durchschnitt der 6 Jahre berechnen, ergibt sich zwar eine geringe Steigerung, aber auch hier nur bezüglich zweier Monate, im September vermindert sich die Sterblichkeit bereits stark (im Durchschnitt der 6 Jahre beträgt die sommerliche Sterblichkeit bloß 28·19% der ganzjährigen Mortalität der Säuglinge). Wenn wir die Verhältnisse von Budapest in die Kurve *Schloßmanns* (Fig. 8) einzeichnen, sehen wir, daß eine gewisse Ähnlichkeit mit den Verhältnissen Münchens besteht. Und wenn bei uns die Steigerung im Juli auch etwas größer ist, so ist die Sterblichkeit doch noch bedeutend geringer als selbst in München, da sie dort im September noch hoch bleibt, bei uns dagegen fällt. Am charakteristischesten ist aber bei uns *die riesige Sterblichkeit in den Frühjahrsmonaten*, welche größer ist *als wo immer sonst* und die den bezüglich des Landes durch mich bereits aufgedeckten Verhältnissen entspricht.

Diese Verteilung der Mortalität findet ihre Ursache teilweise in dem von *Schloßmann* erwähnten ständigen Pflegemangel, zum größeren Teile aber darin, daß unsere längere Zeit hindurch zweckwidrig gestillten und meiste ernährten Säuglinge durch die Muttermilch vor den akuten Toxikosen zwar bewahrt werden — im letzten Sommer z. B. sah ich nur hie und da solche —, dann aber doch *chronischen Krankheitsformen, welche vornehmlich durch die mangelhaften Immunitätsverhältnisse verschuldet sind*, anheimfallen. *Darum gehen diese Kinder im Frühjahrsanfang massenhaft an Pneumonien zugrunde!*

Mit Rücksicht auf die große Bedeutung der Erkrankungen der Respirationsorgane und der Pneumonie als unmittelbare Todesursachen habe ich für 1907 die Tagesverteilung der Mortalität der unterzweijährigen Kinder zusammengestellt, indem ich sie in Relation brachte 1. mit der Wohnungsdichtigkeit, 2. mit den Temperatur- und Luftfeuchtigkeitsschwankungen am selben Tage, Tafel 1. Leider steht die Arbeit nicht im Verhältnis zu dem erzielten Resultat. Die Ursache davon ist teilweise darin zu suchen, daß die Wohnungsdichtigkeit in mindestens ½ der statistischen Blätter nicht angegeben ist (oberer unausgefüllter Teil). Die untere weiße Fläche veranschaulicht die Sterblichkeit in den überfüllten Wohnungen (3, 4 und mehr Personen pro Raum), die Länge des schwarzen Würfels die Sterblichkeit in Wohnungen mit 1 bis 2 Personen pro Raum in absoluten Zahlen.

Selbstverständlich bin ich, da wir nicht wissen, wieviel von der unbekannten Wohnungsdichtigkeit auf die eine und wieviel auf die andere

Relation entfallen, nur zu sehr vorsichtigen Folgerungen berechtigt und auch zu diesen nur in bezug auf die absolute Mortalität, denn diese ist bestimmt.

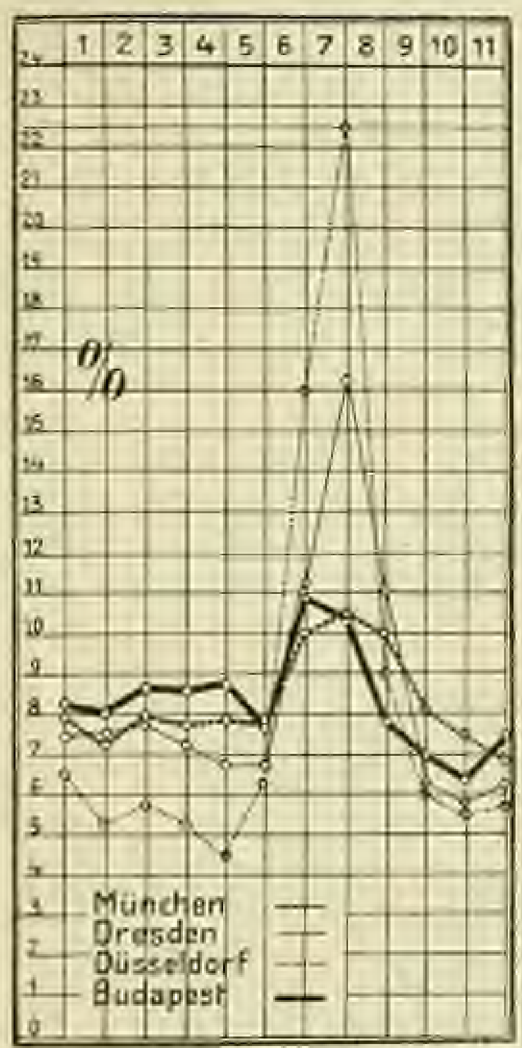


Fig. 8. Verteilung der Säuglingssterblichkeit nach Monaten in München, Dresden, Düsseldorf und Budapest im Durchschnitt mehrerer Jahre. (Sommergipfel.)

Um die Verhältnisse übersichtlicher zu machen, habe ich diese Daten auch in eine Pentadentabelle zusammengezogen. Hier sind jede Kolumne und der ihr entsprechende Zeitraum von 5 Tagen im Durchschnitt genommen. Dies hielt ich um so mehr für nötig, da Budapest immerhin eine zu kleine Stadt ist, als daß man aus den täglichen Schwankungen der Sterbefälle weitgehende Folgerungen ziehen könnte. In Paris oder Berlin wären solche Forschungen gewiß von allgemeinerer Bedeutung.

Aus dieser Tabelle erhellt, daß 1. auch im Jahre 1907 keine besondere sommerliche Steigerung wahrzunehmen ist, und daß, soweit eine Steigerung im Säuglingsalter zu beobachten ist, dieselbe durch das Plus der Frühjahrsmortalität der Ein- bis Zweijährigen kompensiert wird. — 2. Aus dem Umstande, daß auf überfüllte Wohnungen mehr Sterbefälle entfallen, können wir darum keinen Schluß ziehen, weil wir die genaue Verteilung der lebenden unterzweijährigen Kinder nach der Wohnungsdichtigkeit nicht kennen; wir wissen nur, daß bei der Volkszählung im Jahre 1909 15·9% der Bevölkerung in solchen Wohnungen wohnten, wo höchstens 2 Personen auf 1 Zimmer entfielen, 34% so wohnten, daß 2 bis 4 Personen, 25·1% so, daß 4 bis 6 Personen, 25% aber auf noch mehr überfüllte Wohnungen entfielen. Ich habe zwar allen diesen Relationen entsprechend die Sterblichkeit ausgerechnet, aber ich hielt es für übersichtlicher, wenn ich bloß die Kategorie der *guten Wohnungen* (mit 1 bis 2 Personen pro Zimmer) und jene der überfüllten separat nahm.

Auf Grund obiger Daten müssen wir nun, — wenn wir uns vor Augen halten, daß in der Kategorie der *guten Wohnungen* in Budapest *bloß* 15·9% *wohnen*, — in erster Reihe konstatieren, daß, wenn wir auch bezüglich der unbekannten Wohnungsdichtigkeit — mit mehr oder weniger Recht — in jedem Falle annehmen, daß 3 bis 4 und mehr Personen einen Raum bewohnen, *auch dann nicht ein günstiger Einfluß der besseren Wohnungen auf die Mortalität der Unterzweijährigen in Budapest wahrzunehmen wäre.* Wir haben aber auch kein Recht hierzu. Die „unbekannte Wohnungsdichtigkeit“ entsteht so, daß der Totenbeschauer die betreffende Rubrik nicht ausfüllt, dies kann aber ebenso bei besseren, als bei schlechteren Wohnungsdichtigkeitsverhältnissen geschehen.

Aus der Pentadentabelle ist Folgendes ersichtlich:

3. *Bei guten Wohnungsverhältnissen waren die klimatischen Verhältnisse* (Luftfeuchtigkeit, Temperaturschwankungen) *von keinem Einfluß auf die Höhe der Sterblichkeit.* (Ich bemerke, daß ich bei der Pentadentabelle in den Winter-, Frühjahrs- und Herbstmonaten die Folgerungen auf die *nächste* Pentade bezog, im Sommer auch auf dieselbe.)

4. *Auf die absolute Anzahl der Sterbefälle* scheinen die Wohnungsverhältnisse keinen entscheidenden Einfluß auszuüben, die Wirkung der großen Klimaschwankungen zeigt sich aber eher bei den überfüllten Wohnungen. Außerdem ist auch ersichtlich, *daß im Winter die Wohnungsverhältnisse die Sterblichkeit weniger beeinflussen;* bis zur 15. Pentade (März) ist die Mortalität der besseren Wohnungsverhältnisse ganz gewiß ebenso günstig als jene der überfüllten Wohnungen. Dies ist auch die Jahreszeit, in welcher die plötzlichen klimatischen Schwankungen (die naßkalte Witterung der 5. Pentade) am wenigsten die Mortalität beeinflussen, doch hat hieran auch der Umstand

Anteil, daß in dieser Zeit die **täglichen** Schwankungen die geringsten sind.

Im Frühjahr ist die Wirkung der überfüllten Wohnungen schon wahrnehmbarer. Ausgesprochen sehen wir die Besserung der Verhältnisse in den überfüllten Wohnungen in der 15. bis 20. Pentade bei stetiger Zunahme der Temperatur und gleichzeitiger Verminderung der Luftfeuchtigkeit, während zwischen der 20. und 30. Pentade gleichartige Temperaturen, aber gleichzeitige große Schwankungen der Luftfeuchtigkeit fühlbare Verschlechterung der Mortalität hervorrufen.

Im Sommer weisen die Witterungsverhältnisse zwischen der 30. und 50. Pentade kaum nennenswerte Veränderungen auf, und wir sehen trotzdem eine ausgesprochene Verschlechterung in der Zeit der großen Luftfeuchtigkeit in der 44. Pentade. Es scheint demnach, daß die feuchte Wärme ungünstiger wirkt als die Trockenheit. Ein Beweis hierfür wäre es auch, daß die in der 53. Pentade plötzlich eintretende Verminderung der Luftfeuchtigkeit — zwar parallel mit dem allgemeinen Fallen der Temperatur — der geringsten Mortalität des Sommers und zugleich des ganzen Jahres entspricht.

In der Pentadentabelle bemerken wir 2 Höhepunkte: die 25. und die 60. Die 25. entspricht dem plötzlichen Beginne der Sommerwärme, welcher große Feuchtigkeitsschwankungen vorausgehen, und die 60. entspricht der plötzlichen Abkühlung im Oktober mit steigender Luftfeuchtigkeit. Daß diese beiden Höhepunkte mit den zwei größten, plötzlichen Witterungsveränderungen zusammenfallen, kann nicht als Zufall betrachtet werden.

5. Bezüglich der Wirkungen der Temperaturen erhellt aus der Pentadentabelle, daß bei uns im Sommer die Schwankungen zwischen Maximum und Minimum durchschnittlich sehr groß sind, viel größer als in den anderen Jahreszeiten. Möglich, daß auch die stärkere Abkühlung unserer Sommernächte einen Anteil daran hat, daß bei uns die sommerliche Säuglingssterblichkeit keine allzu große ist. Den Einfluß der Witterung auf die Sterblichkeit sehen wir an sämtlichen Tabellen am ausgesprochensten, wo die Tagesschwankungen große sind, dies erklärt die günstigen Verhältnisse der 65. bis 73. Pentade.

6. Bezüglich der Wintermonate kann konstatiert werden, daß die naßkalte Witterung ungünstigen, die trockene Kälte dagegen günstigen Einfluß auf die Mortalität ausübe.

Als Endresultat dieser Forschungen ergibt sich demnach, daß die großen Schwankungen unserer Witterungsverhältnisse *zwar* von Bedeutung sind für die Verteilung der täglichen Sterbefälle, daß jedoch die Wohnungsüberfüllung auf die Säuglingssterblichkeit keinen entscheidenden, sogar nicht einmal einen nennenswerten Einfluß hat.

Da diese Art der Nachforschung keine genauen Resultate ergab, wendete ich mich jener Methode zu, nach welcher Flesch und Schoß-

berger arbeiteten, welche im Stefaniespital am Krankenmaterial des Prof. Bókay ihre Untersuchungen anstellten. Daß ich es für nötig fand, ihre die Budapester respektive die ungarischen Verhältnisse zuerst behandelnden genauen Daten nachzuprüfen, das hatte seine Ursache zum Teil darin, daß sie

1. ihre Fragen an die Eltern bezüglich der Ernährung der Kinder im Säuglingsalter bis an die Altersgrenze des 11. Jahres ausdehnten. Wir wissen, daß es einerseits sehr schwer ist, eine derartige Anamnese festzustellen, anderseits verwischt sich im Gedächtnisse der Mutter die Erinnerung an die eventuell vor mehreren Jahren gereichte Beikost;

2. stand der größere Teil der vorgeführten Fälle nicht in längerer Beobachtung, und wenn sie z. B. ein dreimonatiges Kind demonstrierten, konnten sie mit Bezug auf dasselbe bloß konstatieren, daß es noch gestillt wird, über den Zeitpunkt der gemischten Ernährung und der Entwöhnung konnten sie natürlich nichts berichten.

Das Resultat ihrer Untersuchungen ist:

1. daß in Budapest 94·6% der Säuglinge gestillt und bloß 5·04% von Anfang an künstlich ernährt werden.

2. daß bei uns 65·38% der Kinder 6 Monate hindurch ausschließlich Brust erhielten und daß vor dieser Zeit bloß 34·61% entwöhnt oder aber auf allaitement mixte gesetzt wurden.

Unsere eigenen am ambulanten und liegenden Krankenmaterials des „Weißes-Kreuz"-Spitals angestellten Beobachtungen beziehen sich auf 1751 Kinder unter 2 Jahren.

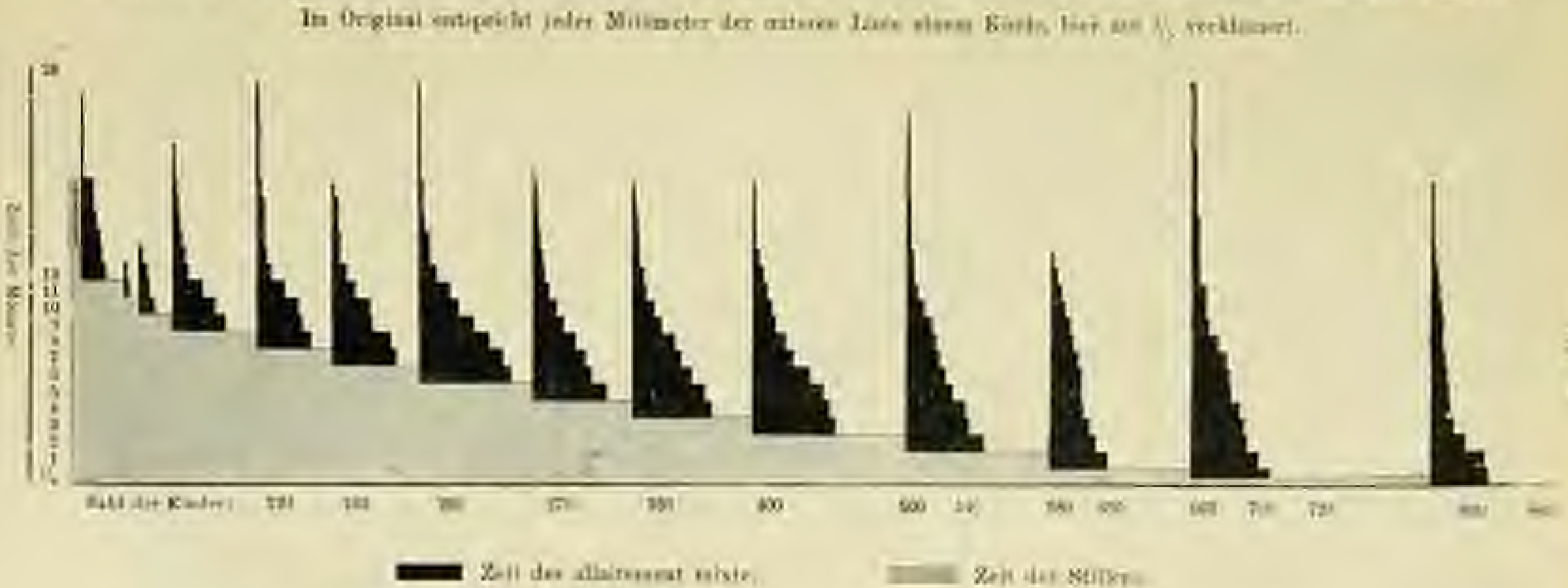
Unter diesen befinden sich 870 abgebrochene Beobachtungen, bei denen das Kind vor endgültiger Entwöhnung vom Krankenhaus wegblieb. Der größte Teil der Kranken rekrutiert sich aus den ärmeren Volksklassen. (In dieser Beziehung besteht, wie ich glaube, zwischen den 2 Spitälern kein Unterschied.) Von den nicht bis zu Ende beobachteten 870 Fällen kann ich höchstens das bestimmt sagen, daß unter diesen sich 43 Kinder befanden, welche von Anfang an künstlich ernährt wurden, und 29 solche, welche vom Tage ihrer Geburt angefangen gemischte Nahrung bekamen, 604 waren bis zum Ende des 1. Monates ausschließlich an der Brust, bis zum Ende des 6. Monates bloß 150. Ich wiederhole jedoch, daß ich aus diesen nicht abgeschlossenen Beobachtungen gar keine Schlüsse ziehen will.

Aus der die Krankengeschichten der bis zu Ende beobachteten 881 Kinder enthaltenden graphischen Darstellung Fig. 9 haben wir jene Fälle ausgeschieden, bei denen wir die Ernährung selbst leiteten, da aus diesen auf die Budapester Verhältnisse nichts gefolgert werden kann; der größte Teil der auf der Tabelle figurierenden Kinder steht im Alter von 1½ bis 3 Jahren.

Wie aus der Fig. 9 ersichtlich ist, waren von diesen Kindern 2 Wochen hindurch ausschließlich an der Brust 808, 1 Monat lang 665, 2 Monate 581, 3 Monate 495, 4 Monate 400, 5 Monate 331, 6 Monate 272.

Tabelle der Ernährung von 880 Säuglingen, welche während des ganzen Säuglingsalters beobachtet wurden.

Im Original entspricht jeder Millimeter der unteren Linie einem Kinde, hier um $\frac{1}{3}$ verkleinert.



Der über den schwarzen und gestrichelten Säulen befindliche weiße Raum entspricht der künstlichen Ernährung.

Fig. 9.

Durchaus künstlich ernährt wurden 48%; diese Zahl stimmt demnach mit jener von *Flesch* und *Schoßberger* überein. Während aber sie bei 65·38% der Kinder ausschließliches Stillen unter 6 Monaten konstatierten, fanden wir dies bloß bei 272 Kindern, also bei 30·9%.

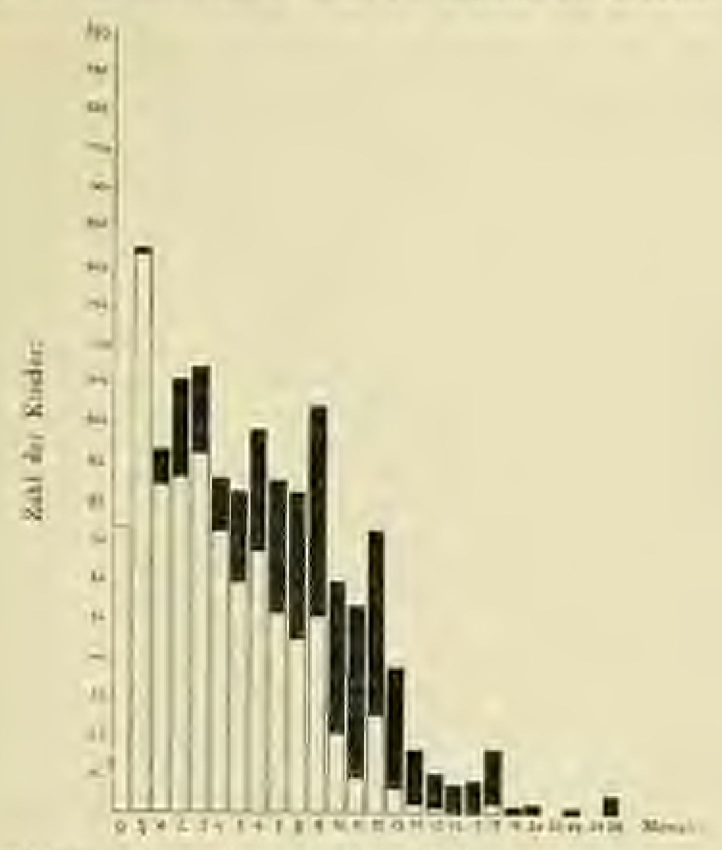
Während sie ferner die Zahl der unter 6 Monaten Entwöhnten und auf Allaitement mixte gesetzten Säuglinge in 31·62% festsetzen, sind bei mir *frühzeitig* auf Zwiemilchernährung gesetzt im Alter unter 2 Wochen 47, unter 1 Monat 34, von 2 Monaten 46, von 3 Monaten 49, von 4 Monaten 48, von 5 Monaten 44, von 6 Monaten 54, d. h. von 880 Kindern erhielten frühzeitig Beikost 322 = 36·6%.

Die Bedeutung der Beinahrung erschöpft sich aber nicht bloß in der Frage, wann die Mutter sie dem Kinde zu reichen beginnt. Es ist auch sehr wichtig zu erfahren, woraus diese Ernährung besteht. Auf diese Frage geben die Krankengeschichten der 882 Kinder genaue Aufklärung: bei 33·5% spielte vornehmlich die Kuhmilch als Beikost eine Rolle; bei 14·3% in erster Linie die Kohlenhydrate (Mehle, Semmel, Zwieback); bei 14·3% Vermischtes (Milch, Mehle, Semmel usw.); bei 12·8% die Nahrungsmittel der Erwachsenen (Würste, Fleisch und die unmöglichsten Dinge). In dieser Beleuchtung ist die Lage der Budapester Säuglinge eine bei weitem nicht so günstige, wie in der Statistik von *Flesch* und *Schoßberger*.

Über die Dauer der gemischten Ernährung erhielten sie und ich dieselben Daten, auch jene unserer Daten stimmen überein, welche die ziemliche Verbreitung des überlangen Stillens beweisen. Vollkommen neu ist jedoch die Angabe, auf welche sie ihre Aufmerksamkeit nicht ausdehnen konnten und *welche die übergroße Häufigkeit der plötzlichen Entwöhnung bei uns bestätigt*: im Alter von 2 Wochen 96, von 1 Monat 65, von 2 Monaten 40, von 3 Monaten 43, von 4 Monaten 25, von 5 Monaten 14, von 6 Monaten 13, zusammen also 296 plötzliche Entwöhnungen, von denen auf das Alter bis zu 1 Monate 165 Fälle entfallen, so daß das Gesetz zu gelten scheint, daß bei uns die plötzliche Entwöhnung um so häufiger ist, je jünger das Kind ist. Die einfachste Erklärung hiervon ist, daß viele Mütter, sobald sie die Gebäranstalt verlassen, sofort ihr Kind entwöhnen; anderseits fallen zumeist auf die 2. und 3. Woche jene Störungen der Milchsekretion, welche bei unrichtiger Stilltechnik aufzutreten pflegen und ein Versiegen der Milchsekretion zur Folge haben. Diese plötzliche Entwöhnung, auf deren Häufigkeit in unserem Lande noch *niemand* die Aufmerksamkeit lenkte, *spielt bei der Säuglingssterblichkeit unserer Hauptstadt eine große Rolle*.

In Fig. 10 veranschauliche ich, auf welchen Monat der Beginn der Zwiemilchernährung und die Entwöhnung bei unseren durch 2 Jahre beobachteten 882 Fällen fiel; auch so ist ersichtlich, daß unter 1 Monate 217 (24·7%), unter 3 Monaten 435 (49·3%), unter 6 Monaten 701 (79·5%) Kinder endgültig entwöhnt wurden.

Verteilung der ambulatorisch beobachteten 882 Kinder nach dem Zeitpunkt des Entwöhnens resp. des Beginns der Beikost.



Zahl der in diesem Monat entwöhnten Kinder.

Zahl der in diesem Monat entwöhnten Kinder, welche schon kürzere oder längere Zeit Beikost erhielten.

Fig. 18.

Daß die plötzliche Entwöhnung immer gefährlich ist, das wissen wir; um so gefährlicher, je jünger das Kind ist; um so gefährlicher, je häufiger der Säugling vorher gestillt wurde; um so gefährlicher, je unrichtiger die künstliche Ernährung geleitet wird. Indem ich nun zu betonen wünsche, daß meine Beobachtungen auch darin mit denen von Flesch und Schoßberger übereinstimmen, daß bei uns eine Technik des Stillens überhaupt nicht existiert, daß die Kinder vor dieser plötzlichen Entwöhnung stündlich, zweistündlich gestillt werden; wenn wir ferner betonen, daß wir in diesen plötzlich entwöhnten Fällen eine ebensolche Verteilung der unrichtigen künstlichen Ernährung voraussetzen müssen, wie wir dies bei dem Allaitement mixte nachgewiesen haben, ist

dem Unterschiede, daß diese Kinder durch die Muttermilch nicht mehr geschützt werden, dann — wissend, daß die künstliche Ernährung in den meisten Fällen ebenfalls zweistündlich vorgenommen wird — können wir uns darüber nicht mehr wundern, daß, obgleich in Budapest nur 5% der Neugeborenen von Anfang an künstlich ernährt werden und mindestens 75·93% der Säuglinge 1 Monat lang gestillt werden, unsere wirkliche (laut meiner Berechnung ausgewiesene) Mortalität dennoch beinahe 18% beträgt.

Es ist nur fraglich, inwiefern ich in Anbetracht des Unterschiedes zwischen den Daten von Flesch und Schoßberger und den meinigen berechtigt bin, die Resultate zu benutzen.

Ich glaube nicht, daß der Unterschied seine Erklärung in der Verschiedenheit des Materials finden kann, ich halte vielmehr bei diesem Unterschiede die Fortsetzung der Forschungen von beiden Seiten für nötig, wenn ich auch glaube, daß auf Grund meiner Daten die Säuglingssterblichkeit in Budapest eher verstanden werden kann, da nach ihnen im Jahre 1904 von 3218 Säuglingssterbefällen die Hälfte — 1717 — auf Brustkinder entfiel, die übrigen auf künstliche, mixte oder unbekannte Ernährung. Dies würde bedeuten, daß die Mortalität der Gestillten nicht geringer ist als die der gemischt oder künstlich Ernährten, was ich bei dem heutigen Stand unserer Kenntnisse doch nicht akzeptieren konnte.

Ich betonte bereits wiederholt, daß die Krankheiten der Atmungsorgane als Todesursache bei uns eine größere Rolle spielen als im Auslande. Nach den Daten von A. Johannessen[1]) werden in Norwegen, also in kaltem, nebeligem Klima, in bergiger Gegend, nur 21·6% der Säuglingssterblichkeit durch Krankheiten der Atmungsorgane verursacht. In Preußen kamen auf 1126 Todesfälle 192 Ernährungskrankheiten, in Italien auf 626 Fälle 313 Erkrankungen der Atmungsorgane als Todesursachen. In Budapest dagegen (Statist. Jahrb. 1906, Seite 82) kamen bei 3063 Todesfällen 506 in der 1. Lebenswoche unter dem Sammelnamen der Debilitas congenita vor, außerdem noch 125 Todesfälle bis zum Ende des 1. Lebensmonates. Dieser Umstand deutet auf die Tatsache hin, daß 1. wenn wir die Säuglingssterblichkeitsverhältnisse der Hauptstadt sanieren wollen, wir dies in erster Reihe durch den Kinderschutz vor der Geburt erreichen können, denn jene Zahl deutet auf ein wissentliches Sterbenlassen oder auf ein direktes Umbringen der Neugeborenen. 2. Während unter dem Sammelnamen Enteritis 746 Sterbefälle figurieren, kommen in den Rubriken Bronchitis, Bronchopneumonia, Pneum. croup. und Tbc. pulm. 709 Fälle vor. Da die Diarrhöen immer diagnostiziert werden, die Pneumonie aber nicht, ist diese Zahl in der Wirklichkeit wahrscheinlich viel größer. Ich betrachte es meinerseits als erwiesen, daß bei uns die Erkrankungen der Atmungsorgane zumindest ebenso oft die Todesursache bilden als die „Enteritiden".

---

[1]) A. Johannessen: Die Säuglingssterblichkeit in Norwegen. J. f. K. H. 1906 63. Bd., S. 134.

II. Teil.

> In der Verhältniszahl der Kindersterblichkeit gipfelt das ganze Werk unseres Kinderschutzsystems.
>
> Paul Ruffy.

Den folgenden Erörterungen dient als Grundlage eine in ungarischer Sprache im Vorjahre unter gleichem Titel erschienene Monographie, deren Zweck war, auf die erhöhte Notwendigkeit des Kampfes gegen die Säuglingssterblichkeit in Ungarn hinzuweisen.

Da bei uns dieser Kampf bisher fast ausschließlich durch den staatlichen Kinderschutz geführt wurde, konnte ich eine sachliche Kritik der staatlichen Kinderasyle in dieser Richtung nicht vermeiden. Es sollte dies kein Angriff sein, bloß eine Richtigstellung gegen einen zu großen Enthusiasmus, welcher alle Fragen des Säuglingsschutzes schon als gelöst betrachtete und proklamierte. Dies ist aber nicht der Fall.

Der ungarische Kinderschutz ist eine mustergültige Organisation, welche sich für die Fürsorge größerer Kinder vollständig bewährt hat, in dieser Richtung ganz Ausgezeichnetes bietet und vollkommen das Lob verdient, welches ihr mit Recht zuteil wurde; wir können mit Stolz darauf hinweisen. Doch reicht er für den Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit in seiner jetzigen Organisation nicht aus, denn er befaßt sich nur mit denjenigen Müttern und Säuglingen, welche sich in die Asyle aufnehmen lassen. Nun bedeutet es aber ein ziemliches Opfer für die Mutter, sich ins Asyl aufnehmen zu lassen, wo sie allein ihrem Kinde leben muß, kein Geld verdient, nicht genügend Kleider hat, einer Disziplin unterworfen ist usw. Wenn ich auch annehme, daß für die jährlich aufgenommenen 8000 Säuglinge glänzend gesorgt wird, so bedeutet dies zwar einen Vorteil gegenüber den früheren Verhältnissen, wo ein jeder uneheliche und gefährdete Säugling in Privatammenschaft, zu den sogenannten „Engelmacherinnen“, gegeben wurde, doch da sich das heutige Asylsystem mit den anderen im Lande jährlich **geborenen 640 000 Säuglingen überhaupt nicht befaßt, ist dieser Schutz absolut nicht ausreichend.**

Ich kann es freudig konstatieren, daß in dieser Richtung im letzteren Jahre emsiger gearbeitet wurde als bisher und die durch mein Buch angeregte lebhafte Kontroverse mag auch einiges dazu beigetragen haben; es zeigen sich die Anfänge einer offenen Fürsorge und bessere Ausbildung der Kolonieaufseherinnen, bessere Besoldung derjenigen Pflegemütter, denen Säuglinge übergeben würden, Anfänge einer Berufsvormundschaft werden vorbereitet.

Hoffentlich wird also auf dem Fundamente des heutigen staatlichen Kinderschutzes auch ein offener Säuglingsschutz entstehen, der **uns noch heute vollkommen fehlt.**

Der einzige Zweck dieser Arbeit war, nach dieser Richtung hin eine Anregung zu geben.

* * *

Der größte Vorteil unseres überall — mit Recht — anerkannten ungarischen Kinderschutzsystems ist, daß man bei uns — im Gegensatze zum romanischen und germanischen System — dem natürlichen innigen Verhältnis zwischen Mutter und Kind größeren Schutz gewährt als wo immer sonst. Vom Standpunkt der Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit müssen wir dieses Vorgehen für das vorteilhafteste halten und doch müssen wir — wenn wir die Verhältnisse mit unbefangenem Auge beurteilen — konstatieren, daß, obgleich der ungarische Staat seine Asyle freigebigst bedenkt, obgleich die Leiter des Fürsorgewesens eifrigst alles aufbieten, noch keine Verringerung der Sterblichkeit wahrzunehmen ist. Ich muß nämlich nachdrücklichst betonen, daß ich es nicht für richtig halte, wenn auf die mit 19·7% festgestellte Mortalität der unter dem Schutze der Fürsorgeanstalten stehenden Säuglinge gegenüber dem 20%igen Landesdurchschnitte so hingewiesen wird, als wenn dies irgend ein Erfolg wäre. Das stimmt nicht ganz, denn wie uns bekannt ist, hat die Statistische Landesanstalt diese 20% in bezug auf sämtliche Lebendgeborene festgestellt, währenddem die 19·7% der Asyle aus einem Material stammen, das Kinder unter einem Monat kaum enthält. In Anbetracht dessen, daß das in die Asyle gelangende Kindermaterial vor Ende der zweiten Woche sozusagen niemals und auch dann nur ausnahmsweise, durchschnittlich fast immer erst am Ende des ersten Monates oder noch später zur Aufnahme gelangt (53% der Kinder wurden nach dem vollendeten 1. Monat aufgenommen) — werden wir nur dann die richtige, der Wahrheit entsprechende Sterblichkeitsverhältniszahl der in den Kinderasylen gepflegten Säuglinge erhalten, wenn wir zu diesen 19·7% die unter einem Monate verstorbenen Lebendgeborenen hinzurechnen. Die Zahl derselben ist — ohne Rücksicht auf Legalität oder Illegalität des Neugeborenen — im Landesdurchschnitte mit 8·4% festgestellt, das Endresultat, auch so gerechnet, ist 28·1%. Aber auch diese Berechnung ist noch nicht ganz richtig. Im Landesdurchschnitte wird die Berechnung dann vollkommen richtig sein, wenn wir zu den 19·7% die Sterblichkeitsverhältniszahl der unter einem Monat verstorbenen Bedürftigen und Außerehelichen hinzurechnen. Da wir nun wissen, daß die Sterblichkeit der gefährdeten, bedürftigen und der außerehelich geborenen Säuglinge, wie dies bereits Erőss bewiesen hat, gerade in den ersten Lebenstagen, jedenfalls aber im ganzen ersten Monate, bedeutend größer ist als die der ehelich Geborenen, können wir getrost mindestens einige Prozente zu dieser Zahl noch hinzugeben, mit der Betonung natürlich, daß für die so gewonnene sehr hohe Ziffer die Asyle nicht verantwortlich sein können (da doch die Höhe der Sterblichkeit unter einem Monate nicht unter ihrer Kontrolle stand).

Wenn wir die Tätigkeit der Fürsorgeanstalten aus dem uns allein zur Verfügung stehenden 19·7%igen Landesasyldurchschnitt richtig feststellen wollen, dann haben wir hierzu nur eine reale Möglichkeit: das Vergleichen dieses Prozentsatzes mit dem Landesdurchschnitt, abgerechnet die Zahl der unter einem Monate Verstor-

henen, 19·9 — $8{\cdot}4^{1}/_{2}$ = 11·5, ist demnach der Landesdurchschnitt, $19{\cdot}7^{1}/_{2}$ die durchschnittliche Mortalität der Schützlinge der Fürsorgestellen zwischen dem Ende des 1. und 12. Lebensmonates.

Dies zeigt die Verhältnisse schon in einem ganz anderen Lichte.

Wir müssen natürlich in Betracht ziehen, daß der größte Teil der in die Fürsorgeanstalten zur Aufnahme gelangenden Kinder außerehelich geborenes, dem Untergange geweihtes Menschenmaterial ist; aber auch so können wir die obigen Resultate nicht als genügende ansehen. (Laut Edelmann[1]) sind von den in die Fürsorgeanstalten aufgenommenen Säuglingen 89% außerehelich geboren.)

Zur bisherigen Führung der Asylstatistik möchte ich noch bemerken, daß wir in jeder hervorgehoben finden, daß der Säugling „mit seiner Mutter“, „zu seiner Mutter“ oder „zur Pflegemutter“ abgegeben wurde. Szanas[2]) Verdienst ist die Feststellung, daß die Sterblichkeit viel kleiner ist bei den zu ihren Müttern als bei den mit ihren Müttern abgegebenen Säuglingen, am größten ist sie aber bei den bei Pflegemüttern untergebrachten Säuglingen. Wenn dem so ist, dann muß jeder unbefangene Kritiker zu dem Schlusse gelangen, daß die Kontrolle über die 3. Kategorie mangelhaft oder mindestens das Resultat hier kein befriedigendes ist. Diese Ziffer wäre auch dann noch eine hohe, wenn alle in diese Kategorie Gehörenden künstlich genährt würden, was jedoch — ganz richtig — gerade hier nach Möglichkeit vermieden wird.

Bei der Beurteilung dieses Mortalitätsprozentsatzes darf auch jene durch meine hier bereits erwähnten Untersuchungen festgestellte Tatsache nicht übersehen werden, laut welcher bei uns der Prozentsatz der unter einem Monate, unter einem halben Jahre, unter einem Jahre Verstorbenen nach den Landesdistrikten außerordentlich variiert. Es folgt hieraus, daß ich die Statistiken der einzelnen Asyle nicht ohne weiteres miteinander vergleichen kann. Den richtigen Prozentsatz der Säuglingssterblichkeit eines Asyles werden wir erhalten, wenn wir den Prozentsatz der Säuglingssterblichkeit der betreffenden Stadt oder Gegend — abgerechnet die innerhalb eines Monates Verstorbenen — mit der Statistik des Asyles vergleichen[3]).

Die bisherigen Statistiken sind demnach nicht ganz einwandfrei; eine bessere und sicherere Methode wäre es noch, wenn die Fürsorgestellen den Prozentsatz der „das erste Jahr Überlebenden“ nach der anerkannt besten Berliner Tabelle Boeckhs ausrechnen würden[4]). Unbedingt notwendig ist es aber, die Verhältnisse der betreffenden Gegend in Berechnung zu ziehen, wie ich dies bewiesen habe. Denn bis nun

[1]) Edelmann: Budapesti Orvosi Ujság 1906, Nummer 44.

[2]) Szana: Diskussions-Bemerkung im Budapester Verein der Ärzte.

[3]) Derartige Vergleichsstatistiken [illegible] [illegible] [illegible] Statistiker vollkommen einwandfrei berechnen. (Anmerkung [illegible])

[4]) „Zahl der Überlebenden“.

wurde absolut nicht berücksichtigt, daß z. B. im Umkreise des Asyles der Stadt Marosvásárhely bloß 4·6% der Lebendgeborenen im ersten Lebensmonate sterben, in Szabadka dagegen 13·6%. Es ist daher evident, daß ohne Kenntnis dieser Daten ein Vergleich der Daten von Szabadka und Marosvásárhely zu unrichtigen Schlußfolgerungen Anlaß geben wird. Die erreichten Erfolge der beiden Städte respektive ihrer Kinderasyle können wir nur dann bewerten, wenn wir ihre genaue Statistik kennen. Es folgt ferner hieraus, daß jene Verhältnisse genau ausgeforscht werden müssen, welche es verursachen, daß Marosvásárhely eine der besten, Szabadka eine der schlechtesten Städte des Landes in bezug auf Säuglingssterblichkeit ist. Wenn wir die Resultate dieses Studiums verwerten, die Lehren daraus ziehen werden, — und eben das muß die Aufgabe der Fürsorgestellen bilden, — dann werden wir eine wahrhaft wertvolle Arbeit verrichten und nur auf dieser Basis — nicht aber von Allgemeinheiten ausgehend — kann ein erfolgreicher Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit geführt werden.

Für unbedingt notwendig halte ich die detaillierteste Ausdehnung der Kritik der Säuglingssterblichkeit auf die im I. Teile dieser meiner Arbeit gekennzeichneten Punkte: Nationalität, Verteilung der Sterbefälle nach Monaten bis zum Ende des 2. Jahres und überall getrennt die ehelich Geborenen von den außerehelich Geborenen. Nur nach Sammlung, Abwägung und Aufarbeitung dieser Daten wird es möglich sein, jene auf alles sich erstreckende Gefährdungsskala für die einzelnen Teile unseres Vaterlandes aufzustellen, welche den einzig richtigen Weg der Verteidigung zeigt.

Ferner halte ich den Ausweis jenes Zeitraumes für notwendig, der von der Aufnahme in die Anstalt, von der Unterbringung am Lande respektive von der Rückkehr (Restitution) in die Anstalt bis zum Tode des Säuglings verstreicht. Wenn wir die Leitung der Fürsorgeanstalten und die Tätigkeit der Asylleiter beurteilen wollen, sind diese früher unbeachteten Daten unbedingt notwendig.

Denn wir wissen heute, daß jener Säugling, welcher schon einige Tage nach der Anstaltsaufnahme hinweggerafft wurde, aller Wahrscheinlichkeit nach überhaupt nicht mehr zu retten war. Sämtliche Kinderspitäler rechnen den Prozentsatz der innerhalb einer Woche Verstorbenen separat und abstrahieren dieselben von ihrer Gesamtsterblichkeit. Für diese kann daher die Anstalt eine Verantwortung nicht treffen.

Anderseits müssen die Asyle unter normalen Verhältnissen die erkrankten Säuglinge erst nach ihrer vollkommenen Heilung an die unter minder genauer Kontrolle stehenden Kolonien abgeben. Infolge dessen belastet die Asyle die Verantwortung für jene Fälle, in welchen die Säuglinge einige Tage nach dem Transporte in die Kolonien zugrunde gehen. Diese Kinder waren nicht gesund, waren nicht in dem Zustande, auf die Kolonien abgegeben werden zu können; bei

diesen hat das Asyl seine Aufgabe, den Säugling zu heilen, nicht vollkommen erfüllt. Natürlich werden immer Ausnahmsfälle vorkommen, aber heute ist das, was ich erwähne, eher Regel als Ausnahme. Selbst im Berichte eines unserer fleißigsten Asylleiter (Szana) finde ich viele solche Kinder, welche innerhalb 1 bis 2 Tagen nach ihrer Abgabe starben, sehr viele solche, welche in den ersten Wochen zugrunde gingen. Wenn solche kranke Kinder auf die Kolonie geschickt werden, dann können wir vom Kolonienarzte nicht wieder erwarten, daß er die Erkrankten schleunigst in die Asyle transportiere.

Bei der Überprüfung der bisherigen Asylstatistik finde ich überall Zeichen jenes Bestrebens, nachzuweisen, daß der überwiegende Teil der Säuglinge nicht im Asyl, sondern auf der Kolonie zugrunde geht, was, meiner Ansicht nach — wenigstens vom ärztlichen Standpunkte — absolut unzulässig ist. Meiner Ansicht nach wäre die ideale Asylleitung jene, wo alle Verstorbenen im Asyl zugrunde gingen. Denn dies würde bedeuten, daß alle Schwerkranken auf den Kolonien als solche erkannt und aus diesem Grunde in das Säuglingsspital des Kinderasyls eingeliefert wurden. Anderseits würde dies beweisen, daß das Asyl Säuglinge nur in geheiltem, entwicklungsfähigem Zustande abgab. Wenn dieses Ideal auch nicht vollkommen erreicht werden kann, so ist es doch für jeden, der sich mit Säuglingsheilkunde befaßt, selbstverständlich, daß nach dieser Richtung hin gestrebt werden muß. Ein Nachteil des heutigen Systems ist außerdem, daß niemand für das Kind verantwortlich ist. Der Direktor ist nicht verantwortlich, da er das Kind dann hinausgeben kann, wann es ihm beliebt, der Kolonienarzt ist nicht verantwortlich, da man ihm das Kind in erkranktem Zustande übergab.

Ein noch größeres Übel aber ist es, daß die aufs Dorf, in die Kolonie abgegebenen und dort erkrankten Säuglinge nur in den seltensten Fällen restituiert werden. Sie sind ganz und gar der Obhut des Kolonienarztes anvertraut. Kranke Säuglinge gehören aber in das Asyl!

Selbstverständlich bedingt dies eine solche Aufnahmefähigkeit der Asyle, daß die krank restituierten Säuglinge auch placiert werden können. Das ist unbedingt notwendig und diesbezüglich sind in sämtlichen Asylen, in allererster Reihe aber in Budapest bereits schleunige Verfügungen vonnöten. Ich weiß es vom dirigierenden Oberarzt Dr. Szana, daß die Anstalt zur Aufnahme der restituierten Säuglinge überhaupt (Platzmangels wegen) unfähig ist. Wie soll sie dann ihre wichtigste Aufgabe, die Heilung der in den Kolonien erkrankten Säuglinge, erfüllen? Jeder Spitalleiter in Budapest kann es bestätigen, wie oft zu unserer Ordination kranke Kinder gebracht wurden, welche von den Asylen aufs Land abgegeben wurden und dort infolge der vollkommenen Unkenntnis der Säuglingspflege unrichtig genährt worden sind! Diesen Übeln muß abgeholfen werden!

Gegen meine Behauptungen kann bloß ein Argument ins Treffen

geführt werden, nämlich jenes, daß es für den Asylleiter wie für den Arzt des Säuglingsspitales die *schwerste Aufgabe* ist, zu bestimmen, *wann* der Säugling in einem Zustande ist, der die Abgabe aus der geschlossenen Anstaltsbehandlung erlaubt.

Aus demselben Gesichtspunkt begrüße ich die Institution der Kolonieaufseherinnen, die neueste Schöpfung der Kinderschutzabteilung des Ministeriums. Diese Institution wird die Lage unbedingt bedeutend verbessern, *wenn die Ausbildung der Aufseherinnen eine genug gründliche sein wird.* Meinerseits würde ich den Bildungsstandard der Lehrerin oder mindestens der Kindergärtnerin für nötig halten, denn ein einige Wochen dauernder Kurs *kann hierzu nicht genügen.* Ich fürchte auch nicht, daß auf eine mit 1000 Kronen dotierte Stelle sich nicht Bewerberinnen in genügender Zahl finden sollten, sind doch Hunderte von Lehrerinnen und Kindergärtnerinnen zur Zeit ohne Beschäftigung. Zur Ausbildung dieser Aufseherinnen ist *zumindest ein halbjähriges fleißiges Lernen nötig.* Lieber soll die Versorgung der Kolonien mit Aufseherinnen in langsamerem Tempo erfolgen, sie sollen aber tüchtig sein.

Es ist nicht nötig, daß die Zöglinge für die Dauer des Kurses vom Staate verköstigt werden. Halten wir strenge Aufnahmeprüfungen, veranstalten wir allmonatlich strenge Ausmusterungsprüfungen und stellen wir jene, welche den halbjährigen Kurs mit Erfolg absolvieren, vor ihrer Ernennung in den Asylen auf die Dauer von 5 bis 8 Monaten als Pflegerinnen an. Dies ist um so notwendiger, da die Asylabteilung *nur auf diese Weise* zu der notwendigen Anzahl von Säuglingspflegerinnen gelangen wird. Heute verpflegt eine Wärterin manchmal 10 bis 17 kranke Säuglinge! Auf diese Weise ist es unmöglich, bessere Resultate zu erzielen, als die bisherigen. *Bei diesem Vorgange wird die Ausbildung der Aufseherinnen keine Kosten verursachen und der Kinderschutz wird Mitarbeiterinnen gewinnen, welche zu unschätzbaren Diensten befähigt sind.* Ich halte die verständige Kolonieaufseherin für ebenso wichtig — vielleicht wichtiger — als den Koloniearzt.

Selbstverständlich sollen die Kolonieaufseherinnen die Säuglinge *in den ersten Wochen ihrer Unterbringung auf dem Lande* am genauesten und häufigsten kontrollieren. Und gerade im Interesse der gefährdet erscheinenden Säuglinge würde ich es für sehr wichtig halten, — da der Leiter des Asyls nicht genau wissen kann, ob die Abgabe nicht schädlich sein wird, — dieselben bei sogenannten *Musterfamilien* unterzubringen. Jeder Anstaltsleiter kennt gewiß auf seinen Kolonien vertrauenswürdige und weniger vertrauenswürdige Pflegeeltern. Die gefährdeten Säuglinge sollten womöglich bei solchen *Musterfamilien* untergebracht werden, denen für die erhöhte Fürsorge etwas mehr geboten werden könnte. Wenn es sich um einen ohne Mutter aufgenommenen Säugling handelt, hielte ich die weitmöglichste Verbreitung und An-

wendung des Edelmannschen Prinzips für zweckmäßig, nach welchem das Kind einer dem Verbande der Anstalt angehörenden Mutter übergeben werden soll. (Als zweites Säugekind.)

Nicht für richtig vom säuglingstherapeutischen Standpunkte halte ich die Maßregel, daß jene Pflegemutter, in deren Obhut das Asyl einen Säugling übergibt, ihr eigenes sechsmonatiges Kind entwöhnen müsse. Abgesehen davon, daß die plötzliche Entwöhnung für das Kind der Pflegemutter nicht von Vorteil sein kann, birgt sie für den in ihre Pflege gegebenen Säugling auch unbedingt die Gefahr des Überfütterns in sich. Auf Grund meiner Spitalserfahrung wage ich die Behauptung, daß ich kaum eine Säugamme kenne, deren Milchproduktion man in einigen Wochen nicht bis auf zwei Liter erhöhen könnte, selbst bei gewöhnlicher Spitalskost. Diese Menge genügt aber auch zur Ernährung von drei Kindern. Wenn eine Mutter ihr eigenes Kind 6 Monate lang gestillt hat und wir ihr nach dessen Entwöhnung einen jungen Säugling übergeben, für welchen auch der vierte Teil ihrer Milch genügen würde, muß dieser Säugling krank werden. Warum erlauben wir daher nicht der Pflegemutter, ihr eigenes Kind zu stillen und nebstbei auch das andere? Verfahren wir doch nur so richtig mit beiden.

Die Asyle sind die Mittel der geschlossenen, anstaltlichen Fürsorge. Es ist bewiesen und kann nicht mehr Gegenstand der Kontroverse bilden, daß die geschlossenen Anstalten nur dann allein Erfolge aufweisen können, wenn die Mittel der offenen Fürsorge (d. h. bei uns die Kolonien) gut organisiert sind: jene Orte, in welche wir die rekonvaleszenten oder geheilten Säuglinge placieren. Bei uns, wo jeder Asylleiter ein begeisterter Kämpfer des Kinderschutzes ist, sind die kleinen Fehler der Säuglingsheime bloß Folgen der Jugend und Unerprobtheit der Institution.

Es scheint aber, daß die Kolonien nicht gerade tadellos funktionieren. Es hat das seinen Grund teils in dem geringen säuglingstherapeutischen Wissen der Kolonieärzte, teils in der bisherigen ungenügenden Aufsicht (welch letzterem Übel durch die Kolonienaufseherinnen hoffentlich früher oder später abgeholfen werden wird). Für unbedingt notwendig würde ich eine Änderung des jetzigen Systems der Honorierung der Kolonieärzte halten; für größere Kinder weniger, für Säuglinge mehr, jedoch müßte auch die Kontrolle eine genauere sein. Die Abhaltung von Wiederholungskursen in der Säuglingstherapie für Kolonieärzte scheint mir eine unerläßliche Bedingung zu sein, wenn wir die Verhältnisse bessern wollen. (Auf den Modus der Abhaltung dieser Kurse werde ich noch zurückkommen.)

Ferner gehört dazu eine zwischen der geschlossenen Anstalt und der Kolonie stehende Übergangsstation (Rekonvaleszentenheim), wohin jene Säuglinge gebracht werden sollten, deren Versetzung auf die Kolonie infolge ihres Zustandes nicht angezeigt ist, welche jedoch im Krankenhause respektive im Asyl nicht genügend gedeihen. Dieses Rekonvaleszentenheim müßte entweder eine separate Anstalt sein, oder

es könnten *jene Musterfamilien hierfür in Anspruch genommen werden, welche in derselben Stadt wohnen, wo sich das Säuglingsheim befindet und die daher unter genauer Kontrolle gehalten werden könnten. Sie sollten etwas mehr Pflegehonorar erhalten*, dafür aber verpflichtet werden, den Säugling im Asyl bei der ärztlichen Ordination öfter vorzuzeigen. (*Keller*.)

Die Säuglingsheime selbst werden nur dann ihre Aufgabe voll erfüllen, wenn sie aufhören, solch abgeschlossene Anstalten zu sein, wie sie es bisher waren, und sich — bei Beibehaltung ihres bisherigen Wirkungskreises — in öffentliche Säuglingsspitäler umgestalten, welche auf dem betreffenden Distrikte sämtliche Säuglingsschutzbestrebungen zentralisieren, also öffentliche Ordinationen, Mutterschulen (Konsultationen halten) und sogar auch Dispensaires errichten.

Und dies ist auch notwendig. Es ist zwar richtig, daß das ungarische Kinderschutzsystem im Gegensatze zu dem des Auslandes in erster Reihe die Rettung der verlassenen und verkommenen Kinder sich zur Aufgabe stellte, aber, wie der als Motto zitierte Ausspruch des Herrn Ministerialrates Paul *Ruffy* es beweist, wurde auch der Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit aufgenommen. Ist doch ein Kinderschutz, bei dem nicht eine der Hauptaufgaben die Verminderung der Kindersterblichkeit ist, ein Nonsens! Was nützt auch das schönste verliehene Recht jenem Säugling, der ebenso zugrunde geht „in Recht“, hätte ich fast frei nach Ibsen gesagt, — „in Schönheit“ konnte ich leider nicht sagen — als bisher ohne Recht? Wie wir nun aber aus dem wertvollen Artikel *Edelmanns* ersehen (Budapesti orvosi Ujság 1909, Nr. 41), ist die Säuglingssterblichkeit unverändert. Nach meinen Daten haben sich die Verhältnisse in den letzten Jahren eher verschlechtert als gebessert. *Ich beeile mich zu erklären, daß dies nicht die* Schuld der Asyle ist, höchstens kann der bisherige enge Rahmen des Säuglingsschutzes dafür verantwortlich gemacht werden. Die in den staatlichen Asylen jährlich untergebrachten ungefähr 9000 Säuglinge würden — wenn sie auch alle am Leben blieben — die Statistik kaum wahrnehmbar beeinflussen. Was bedeuten denn diese 9000 gegenüber den im Lande jährlich zur Welt kommenden 750.000 Kindern? Insgesamt 1·25%! Es ist daher einleuchtend, *daß wir von der Asylinstitution, wie sie heute besteht, nie und nimmer die Verringerung der Säuglingssterblichkeit erwarten können!* Da aber die Hauptaufgabe einer staatlichen Säuglingsfürsorgeaktion die Verminderung der Mortalität sein muß, „wenn dies nicht gelingt, dann hat sie ihrer Hauptaufgabe nicht entsprechen können;“ nachdem weiters sowohl vom staatlichen wie vom ärztlichen Standpunkte und auch vom Standpunkte des Kinderschutzes *die jährlichen, fast 14 Millionen Kronen betragenden Ausgaben unverhältnismäßig groß sind*, ist es hohe Zeit, *daß der monumentale Aufbau des ungarischen Kinderschutzes durch eine*

sich auf das ganze Land erstreckende Säuglingsfürsorgeaktion gekrönt werde. Wenn sie unterbleibt, wird der Kinderschutz, welchen wir mit Recht als das schönste Ornament unserer Kultur betrachten, früher oder später sich selbst diskreditieren, woraus wir logisch nur das eine folgern können: *es muß geändert werden — und zwar rasch! — an dem System selbst!*[1])

Diese Aktion kann nur dann von Erfolg begleitet sein, wenn sie sich auf alle gefährdeten Gemeinden des Landes gleichmäßig erstreckt, wobei die Asyle höchstens die Rolle der Hauptorgane respektive der leitenden Zentrale spielen dürfen. Anderseits darf diese Aktion dem Lande keine unerschwinglichen Lasten aufbürden. Schon hieraus folgt, *daß die Hauptaufgabe in erster Reihe die zielbewußte Organisation der Mittel des offenen Schutzes bilden muß.*

Ich beeile mich aber, meiner Überzeugung, welche ich aus dem Studium des Kampfes der europäischen Staaten gegen die Kindersterblichkeit geschöpft habe, Ausdruck zu geben, daß ein Resultat, die Verringerung der Säuglingsmortalität, durch *vereinzelte Mittel* nicht erreicht werden kann. Die Ausdehnung der Asyle zu Säuglingskrankenhäusern, die Verbesserung der Verhältnisse der in Pflege Gegebenen, der außerehelich Geborenen sind gute Mittel und unbedingt notwendig, aber *einzeln angebracht* werden sie ohne Wirkung bleiben. *Ein günstiges Resultat werden wir nur bei zentraler Leitung und gleichzeitiger Anwendung sämtlicher Mittel erreichen.*

Als leitendes Motiv für die erwähnte Änderung im System muß unbedingt dienen, daß nicht die geschlossene, d. i. die Anstaltsfürsorge intensiv entwickelt werde, — die Mittel hierzu wurden vom Staate bereits gewährt, — sondern der offene Schutz muß organisiert werden, der *unverhältnismäßig billiger* und dabei *wirksamer* ist. Es verhält sich damit gerade so, wie mit der Anstalts- und Dispensairebehandlung der Lungenkranken. Ein Sanatorium mit 200 Betten kostet 1 Million Kronen, für diese Summe können im ganzen Lande Dispensaires errichtet werden. Das Dispensairesystem kann natürlich nur dort entsprechende Resultate aufweisen, wo, wenn es nötig, auch das Sanatorium oder Krankenhaus zur Verfügung steht. Bei uns sind aber die Asyle bereits vorhanden; mehr sind einstweilen nicht notwendig, und das Ministerium hat sehr richtig gehandelt, als es einzelne Asyle in öffentliche Kinderkrankenhäuser (z. B. für Skrophulotiker) umwandelte. Bei uns ist

---

[1]) Wir leisten, meiner Ansicht nach, dem Kinderschutz keinen guten Dienst mit solchen Aussprüchen, welche das Desiderat als Perfektum erscheinen lassen. Dem Auslande gegenüber abgegebene substratlose Erklärungen, wie folgende: „Bei uns ist die Frage der Säuglingsfürsorge vollständig gelöst“, oder: „bei uns sind die Asyle öffentliche Säuglingskrankenhäuser, die Säuglingsmilch verteilen, die Rolle eines Ambulatoriums und eines Dispensaire spielen und die richtige Säuglingshygiene auch in den älteren Kreisen verbreiten“, sind die Ursachen dafür, daß das Ausland sich dem wirklich Geschehenen gegenüber skeptisch verhält.

nur der offene Schutz bisher sehr vernachlässigt oder fehlt vollständig, seine außerordentlich wertvollen Faktoren müssen aber organisiert werden mit dem Motto: Wir müssen jeden, der uns helfen kann, in die Interessensphäre des staatlichen offenen Kinderschutzes miteinbeziehen.

Diese Faktoren sind, außer dem im Rahmen der Asylangelegenheit bereits erwähnten, folgende:

4. Der Einbezug der Ärzte und Hebammen in die Säuglingsfürsorge. Bis heute befassen sich die Leiter der Gebäranstalten, Hebammeninstitute noch nicht in genügendem Maße mit dem Säuglingsschutze. In den Gebärhäusern ist der Neugeborene nur so lange Gegenstand des Interesses, bis er geboren wurde, oder nur dann, wenn er schwer geboren wurde. Man entläßt die Mutter am 8. bis 10. Tag, ohne Rücksicht auf die eventuelle Erkrankung ihres Kindes, aus der Anstalt. Man setzt sie, ohne daß man sie auf den staatlichen Kinderschutz aufmerksam machen würde, auf die Gasse, und stellt ihr frei, ihren Weg, wenn sie es eben will, in die Donau zu nehmen. Was nützt einer solchen Mutter das „Recht" des Kinderschutzes? Niemand sagt ihr z. B., daß sie Gelegenheit, daß sie ein Recht hat, wenn es nötig, umsonst bis zum nächstgelegenen Kinderasyl zu reisen; Aufklärung, Ratschlag, alles fehlt. Die Klinik hat ihre Schuldigkeit getan, das Kind wurde geboren; der Mohr kann gehen. Bis nun gibt es in Ungarn noch keine einzige Klinik, wo man nach dem ausgezeichneten Budinschen Beispiele Konsultationen für die Säuglinge eingerichtet hätte. Wenn dann die auf solcher Grundlage ausgebildeten — respektive zum Säuglingsschutze nicht herangebildeten — Hebammen für diese Fragen kein Interesse haben, wenn sie gutgläubig der Reklame der Nestle- oder Kufeke-Fabrik aufsitzen, darf uns das nicht wundernehmen. Wenn wir das Lehrbuch für Hebammen durchblättern, dann finden wir die Erklärung davon, was wir aus alltäglicher Erfahrung ohnehin wissen, daß die Ammen in den Fragen der Säuglingsernährung und -pflege nicht genügend unterrichtet sind; daß ihr ganzes Tun um den Säugling herum sich erschöpft in der Nabelbehandlung und dem Applicieren des Credéschen Verfahrens. Die Mutter aber, besonders auf dem Lande, wird sich um Rat doch nur an die Hebamme wenden; dieser das Ratgeben zu verbieten, wenigstens dort, wo kein Arzt vorhanden ist, ist unmöglich. Nicht ich behaupte es, sondern Fritsch[1], einer der größten deutschen Frauenärzte, sagt es, daß die Hebammen auf die eminente Wichtigkeit des Stillens, auf die Gefährlichkeit des Reichens von verdünnten Tees nicht aufmerksam gemacht werden. Von der Technik des Stillens haben sie aber gar keinen Begriff. Einfach durch richtige Anwendung der Stilltechnik könnten aber, besonders bei uns, wo das Stillen zum Glück noch genug verbreitet ist, jährlich Hunderte und Tausende gerettet werden, teils direkt, teils durch Bewahrung vor der künstlichen Ernäh-

[1] Fritsch: XIV. Internat. Kongreß für Hygiene, Berlin 1907.

rung. Die Beibringung der richtigen Säugetechnik erfordert aber nicht mehr als 1 bis 2 Stunden Mühe.

Zur Behandlung der Frühgeborenen sind selbst die Universitätskliniken nicht eingerichtet. Was soll man in Ungarn mit den Frühgeborenen beginnen? Hierauf hat ein berühmter ungarischer Frauenarzt bereits geantwortet: es lohnt sich nicht, sie am Leben zu erhalten! Oder aber: „ein solches Kind ist doch nicht lebensfähig!" Sie ziehen natürlich nicht in Betracht, daß in der Pariser Maternité, auf der Abteilung des begeisterten Budin, die Sterblichkeit der Frühgeborenen auf 17% herabgedrückt wurde! Und jeder praktische Arzt weiß es, daß selbst der schwächlichste Frühgeborene, wenn wir ihm über die schwierigen ersten Monate hinüberhelfen, zum vollkommen gesunden, starken Menschen heranwachsen kann. Aber die conditio sine qua non, diese Frühgeborenen zu erhalten, ist eine sehr sorgfältige Pflege und die Muttermilch, d. h. die Mutter muß wenigstens einige Wochen lang restlos ihrem Kinde leben. Ich anerkenne, daß dies in den ohnehin überfüllten Gebärabteilungen nicht im vollen Maße möglich ist. Pflicht einer jeden Gebärabteilung wäre es jedoch, entweder auf dem Wege des Staatsschutzes oder der privaten Wohltätigkeit dafür zu sorgen, daß eine solche Mutter mit ihrem Kinde von der Klinik nicht auf die Gasse, sondern in entsprechende Pflege gelange.

Meinerseits betrachte ich im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit sowohl vom ärztlichen wie vom sozialen Standpunkte den ersten Lebensmonat als den entscheidenden Faktor. Jeder, der Gelegenheit hatte, Jahre hindurch am größeren Krankenmaterial von Gebäranstalten die Verhältnisse der Neugeborenen zu studieren, wird wissen, welch großer Prozentsatz der Neugeborenen auch in den bestgeleiteten Anstalten in den ersten Lebenstagen — welche die kritischeste Periode des ganzen Lebens bilden — eine leichtere oder schwerere Erkrankung durchmacht. Jedem Kinderarzte ist es bekannt, daß selbst bei den gesund auf die Welt gekommenen Neugeborenen fast die Hälfte am 8. bis 9. Tage ihr Geburtsgewicht noch nicht zurückerlangt hat. Ich habe konstatiert, daß 30% von ihnen kleinere und größere Verdauungsstörungen aufweisen! Ein sehr großer Prozentsatz der Säuglinge verläßt das Gebärhaus in einem Zustande, in dem sie die latenten Keime irgend einer Krankheit mit sich führen. In welch größerem Maße ist noch das am Lande in Not geborene Kind gefährdet! Dies ist das Alter, wo eine Hilfe dringend und unbedingt not tut.

Auch das wissen wir, daß die Störungen in der Milchproduktion sich immer in den ersten Wochen einstellen. Zu den Aufgaben der Gebäranstalten sollte es gehören, wenigstens indirekt, unter Intervention eines Kinderarztes auf diese Möglichkeiten und auf die Schutzmaßregeln dagegen aufmerksam zu machen. Es soll aber auch natürlich noch mehr dafür gesorgt werden, daß jede Mutter, auch im kleinsten Dorfe, diese Dinge erlerne. (Siehe später: „Guter Rat für

Mütter und Wöchnerinnen"*) Welch nebensächliche Rolle in den Gebäranstalten das Kind spielt, dafür diene als eklatantes Beispiel, daß an jenen heiligen Stätten der Asepsis, der chirurgischen Reinheit, die Neugeborenen bis noch vor kurzem in jene *Fetzen gewickelt* wurden, welche die Mutter, weiß Gott woher aus welchem Schmutz, mit sich brachte! Der erste, der diesem Übel sofort, als ich ihn darauf aufmerksam zu machen mir erlaubte, abhalf, war in Ungarn Professor *Tauffer*. Ich bin aber wirklich neugierig, in wie vielen Gebäranstalten und Hebammeninstituten *auch heute noch* die Neugeborenen in schmierige Fetzen eingewickelt werden. Die intensive, liebevolle Pflege der Neugeborenen in den Gebäranstalten, die Verbreitung der Kinderschutzlehren und die Unterweisung der Mütter in der Pflege wird nicht bloß den in der Anstalt gebärenden Müttern zum Vorteil gereichen. *Von viel größerer Wichtigkeit noch ist*, daß wir nur auf diese Weise das Interesse der *Hebammen* und *Hebammennovizen* für die Ideen des Kinderschutzes wachrufen können. Wir müssen die Hebammen zu *unseren Mitarbeiterinnen machen*.

Von gleicher Wichtigkeit ist die *Einbeziehung der Ärzte in die Aktion der Kinderfürsorge*.

Auf diesem Gebiete müssen wir zunächst mit Bedauern konstatieren, daß das Interesse unserer Ärzte für die Säuglings- und Kinderfürsorge ein minimales ist. Es ist dies eine Teilerscheinung jener bedauerlichen Tatsache, daß in sozialen Fragen die Ärzte allgemein im Hintergrunde bleiben. Auf dem Gebiete des Kinderschutzes können wir aber Resultate nur dann erreichen, wenn die Ärzte von der großen sozialen und nationalen Wichtigkeit desselben ebenso überzeugt sind wie davon, *daß einzig und allein sie die berufenen Leiter dieser Bewegung sind*.

Ich kenne sehr viele Ärzte, die für ihr ganzes Leben dadurch zu oberflächlichen Beobachtern geworden sind, daß gleich am Anfang ihrer ärztlichen Praxis der größte Teil ihrer Klientel aus einem solchen Säuglingsmaterial bestand, dessen Behandlung ihnen am wenigsten geläufig war. *Dies* führt dazu, daß die Ärzte mit *Rezepten* Fragen erledigen, zu denen man kein Medikament braucht, sondern Wissen; kein Rezept, bloß einen guten Rat. Es kommt gerade nicht selten vor, daß der Arzt in trauriger Naivität sich an den Fachmann mit der Frage wendet: „Womit werden wohl neuestens die Darmkatarrhe geheilt?" Und dies ist keine Ausnahme, sondern die *Regel*!

Ich übertreibe nicht, wenn ich konstatiere, daß über die Grundideen der heutigen Säuglingstherapie keine 5% unserer Ärzte im klaren sind; und doch bildet bei 95% von ihnen die Säuglingsbehandlung einen großen Teil ihrer Beschäftigung.

Eine dringende Aufgabe des Unterrichtes ist daher die *Ärztefortbildung*, d. h. die Abhaltung von Wiederholungslehrkursen für Ärzte in Form von Ferialkursen. Bei uns befindet sich diese außerordentlich wichtige Frage gegenwärtig im Stadium der Organisierung.

Auf dem vorjährigen Internationalen Kongresse zu Budapest konstituierte sich die internationale Kommission der Ärztefortbildung und es ist zu hoffen, daß eine zweckentsprechendere Organisation geschaffen wird, als es die bisherige war, hauptsächlich aber, daß dafür gesorgt werde, daß unsere Ärzte an diesen Kursen auch wirklich teilnehmen können. *Hier ist nun die Gelegenheit für die leitenden Kreise, im Rahmen dieser Ärztefortbildungskurse dem Unterricht in der Säuglingstherapie den gebührenden Platz zu sichern!*

Ein weiterer, noch dazu gar keine Kosten verursachender Modus, das Interesse der Ärzte für die Säuglingsfürsorge und Säuglingstherapie zu erhöhen und sie zu zwingen, sich mit dieser Wissenschaft intensiver zu befassen und sie sich gehörig anzueignen, könnte der sein, daß wir *den Säuglingsschutz und die Säuglingsheilkunde in die Reihe der Gegenstände für die Physikatsprüfung aufnehmen.* Ich glaube, daß die zukünftigen Physici Ungarns unter allen Prüfungsgegenständen von den beiden erwähnten am meisten profitieren würden.

Dies über die Frage der Ausbildung der Ärzte. Die bereits erwähnten Mängel würden ferner noch folgende Maßregeln nötig machen:

B. Sämtliche Gebäranstalten sollten in den Rahmen der Säuglingsfürsorge mit einbezogen werden. Der Staat möge verfügen, daß in diesen Anstalten die Hebammen in den Fragen der Säuglingsernährung und des Säuglingsschutzes intensiver unterwiesen werden. Wenn möglich, soll die Anstalt zu diesen Zwecken und behufs Veranstaltung von Konsultationen (Mütterschulen) im Rahmen der überall vorhandenen Ordination für Frauen einen Kinderarzt anstellen, welcher auf diese Art zu wissenschaftlich verwertbarem Spitalsmaterial gelangen würde. In den Sälen der Wöchnerinnen sollen die Grundprinzipien der Säuglingsernährung und -pflege mit großen Buchstaben aufgeschrieben stehen, oder überreichen wir jeder Wöchnerin einen gedruckten — *jedoch auch mit Erklärungen versehenen* — kleinen Katechismus über diese Fragen. Einen solchen habe ich in meiner Vorlesung „Über die Lage der Neugeborenen in Gebärhäusern“ im Jahre 1899 auf dem internationalen Kinderschutzkongreß in Vorschlag gebracht und Herr Prof. Tauffer ließ auch einen solchen verfassen. Er ist von ihm ergänzt mit den Weisungen für Schwangere und Wöchnerinnen und im Jahre 1901 unter dem Titel „Gute Ratschläge“ vom Ministerium des Innern herausgegeben.

Aus den in den Gebäranstalten eingeführten Konsultationen, welche zuerst von *Büdin* in der Pariser Maternité veranstaltet wurden, *wuchs der ganze französische Säuglingsschutz heraus, welcher heute musterhaft ist.*

C. Gründen wir Wandermuseen für Säuglingsschutz, so wie dies von *Keller* beschrieben wird. Der wichtigste Teil dieses Museums wäre, meiner Ansicht nach, eine gedruckte detaillierte Unterweisung zur Demonstration des Materials des Museums, und zwar in

dreifacher Abfassung: *für die Ärzte, für die Hebammen und für das gebildete Laienpublikum.*

Im Rahmen dieser Wandermuseen könnten für die — in Gruppen einberufenen — *Hebammen die Wiederholungskurse in der Säuglingspflege* abgehalten werden, *dann aber auch ebensolche Kurse für Kolonieärzte und städtische Ärzte.* Schließlich müßten Vorträge auch für das Publikum gehalten werden, welches — wie ich es aus eigenen, in der Schule für Mütter gesammelten Erfahrungen weiß — für alle Fragen der Säuglingspflege ganz besonderes Interesse bekundet. Diese Museen und ihre von Demonstrationen begleiteten Vorträge werden zugleich die besten und wirksamsten Verbreiter aller Ideen des Kinderschutzes sein, eine Propaganda für die staatliche und soziale Kinderfürsorge.

D. Das auf diese Art erweckte Interesse müßte durch ein separat für die Ärzte und separat für die Hebammen redigiertes Fachblatt wachgehalten werden, das halbmonatlich zur Ausgabe gelangen und gratis versendet werden sollte, um sowohl die Ärzte als die Hebammen auf dem Niveau der sie interessierenden Fragen der Kindertherapie und Säuglingsfürsorge zu halten.

E. Wir müssen sie aber auch zu unseren interessierten Mitarbeitern machen, derartig, daß der Staat für jedes Komitat respektive für jede Stadt — *mindestens in den gefährdeten Gegenden — Preise stiftet zur Belohnung jener Ärzte und Hebammen, welche im Kreise ihrer amtlichen Betätigung die Säuglingsmortalität herabmindern.* Bei den Hebammen wäre der Preis in erster Reihe nach dem Maße der Verringerung der Ziffer der Totgeborenen, dann nach der Verhältnisziffer der unter einem Monat Verstorbenen auszufolgen, bei den Ärzten aber nach dem Maße der für die betreffende Gegend statistisch festgestellten Altersgrenze. In Szabadka z. B., wo die Sterblichkeit unter einem Monat riesig groß ist, müßte die Prämie für jenen Arzt ausgesetzt werden, in dessen Wirkungskreis die Säuglingssterblichkeit unter einem halben Jahre (inbegriffen natürlich den ersten Monat!) sich verringert hat. Im Komitate Csanád müßte dagegen die Altersgrenze bis zum Ende des zweiten Jahres hinausgeschoben werden.

Wenn wir nun von den 63 Komitaten des Landes vorderhand 40 im Sinne meiner Forschungen als gefährdete Territorien betrachten (nicht inbegriffen die 28 Städte mit eigenem Magistrat, von deren Kinderfürsorge separat die Rede sein wird), dann belaufen sich die Kosten, für jedes Komitat 3 Hebammenprämien (à 200, 100 und 50 Kronen) gerechnet, auf 40 × 350 = 14.000 Kronen. Für Ärzte würde ich per Komitat ebenfalls 3 Preise bestimmen, und zwar zu 500, 300 und 200 Kronen. Dies beträgt in den 40 Komitaten insgesamt 40.000 Kronen, überdies noch 10 Preise zu je 1000 Kronen, ferner 10 königliche Auszeichnungen oder ministerielle Dank- und Anerkennungsschreiben für die besten Resultate. Natürlich könnten diese Ziffern auch geändert werden, und

zwar so, daß für minder gefährdete Gegenden bloß 1 bis 2, für stärker gefährdete Distrikte 4 bis 5 Preise ausgeschrieben würden. Wenn wir zu diesen Summen noch 10.000 Kronen als Verlagskosten für das Blatt, ferner 10.000 Kronen als Belohnungskosten für jene, die die Kurse der Wandermuseen abhalten, hinzurechnen, dann haben wir sämtliche Kosten dieser Aktion (84.000 Kronen) erschöpft. Wir sehen, daß die Kosten dieser Aktion — die Einbeziehung der Ärzte und Hebammen der gefährdeten Gegenden in den Kampf und das Wachrufen ihres Interesses durch das einzig wirksame Mittel, durch den Eigennutz, — verhältnismäßig sehr geringe sind. 84.000 Kronen sind gar nichts, wenn es sich darum handelt, einen der wichtigsten Faktoren mit Erfolg in den Kampf mit der Säuglingssterblichkeit einzubeziehen und es ist sicher, daß diese geringe Summe *die Statistik bereits wahrnehmbar beeinflussen würde*. Ich wünsche jedoch zu betonen, daß von diesen Ausgaben *mindestens die Hälfte* wieder hereinzubringen sein wird, wenn die Ärzte es einmal gelernt haben, daß die Verdauungsstörungen der Säuglinge nicht mit Medikamenten, sondern auf diätetischem Wege richtig behandelt werden. Denn es werden dann *viel weniger* Medikamente auf Staatskosten verordnet werden.

Außerdem kann der Staat als Gegenleistung für dieses Prämiensystem beanspruchen, daß von nun an alle amtlichen Ärzte die Blatternimpfung im Rahmen der *öffentlichen Konsultation* vornehmen, die Mütter hinsichtlich der Art der Ernährung, Entwöhnung usw. ausfragen usw. Natürlich fällt die Impfung eben in die kritischeste Periode der Ernährung, dies halte ich für *außerordentlich wichtig*. Auf diese Weise wird jedes Kind *wenigstens einmal im Leben* einer ärztlichen Ordination teilhaftig. Die Bedeutung dieses Umstandes braucht, wie ich glaube, bei uns, wo 42% der Säuglinge ohne ärztliche Behandlung sterben, nicht näher erörtert zu werden.

Ich halte die Beteiligung der Städte für unbedingt notwendig, teils durch ähnliche Einbeziehung ihrer Ärzte und Hebammen (die Städte mit weniger als 20.000 Einwohnern würde ich von den Komitaten nicht trennen), teils und hauptsächlich durch Organisierung von *Säuglingsaufseherinnenstellen*. In der Institution der städtischen Säuglingsaufseherinnen erblicke ich einen der wichtigsten Faktoren der Säuglingsfürsorge in Ungarn, *ich sehe in ihnen aber auch einen der wichtigsten Faktoren bei der Verteidigung gegen die Tuberkulose*, denn sie können zugleich die Rolle des Enqueteurs in den Dispensaires ausfüllen.

Mit dieser Arbeit könnten in den kleineren Städten und größeren Gemeinden *die bereits angestellten* Lehrerinnen und Kindergärtnerinnen nach einem kurzen, im Rahmen des Wandermuseums (mit den Hebammen gemeinsam) veranstalteten Lehrkurses vorderhand betraut werden, gegen eine gewisse, nach der Größe der Stadt und demnach auch der geleisteten Arbeit bemessene Entschädigung. Die größeren Städte (über 25.000 Einwohner) sollten dagegen zu diesem Zweck eigene

mit den Kolonieaufseherinnen gemeinsam ausgebildete und geprüfte städtische Aufseherinnen anstellen. Zu dieser Arbeit der munizipalen Verteidigung müßten auch die Patronagevereinigungen herangezogen werden. Ich muß aber gestehen, daß ich nur von der honorierten, verantwortlichen Tätigkeit Resultate erwarte.

In den Rahmen der munizipalen Verteidigung müßte die Organisation der Dispensaires und Konsultationen überwiesen werden. Die vielumstrittene Frage der Stillprämien ist auch noch nicht derart gereift, daß sie im Rahmen der staatlichen Kinderfürsorge bereits Platz finden könnte. Sicher ist nur das, daß sie viel kosten und sich nicht überall bewähren. Bei uns, wo das Stillen genug verbreitet ist, spielt sie keine so wichtige Rolle als anderswo — einstweilen würde ich auf die Stillprämien gar kein Gewicht legen.

Aus demselben Grunde könnte ich die Rolle der Milchküchen nicht dem bindenden Rahmen weder der staatlichen noch der munizipalen Säuglingsfürsorge überweisen, sondern ich würde sie der sozialen Wohltätigkeit vorbehalten. Auch halte ich ebensowenig wie die beiden Referenten des deutschen Kinderärztekongresses (*Trumpp* und *Salge*) die Idee der „Gratismilch“ für richtig, abgesehen von außergewöhnlichen Fällen, da einerseits unser Volk die Gratisdinge nicht beachtet, anderseits bei uns, wo das Stillen unverhältnismäßig mehr verbreitet ist als in Deutschland, Frankreich, England, hierdurch nur der künstlichen Ernährung Vorschub geleistet wird.

Die energischeste Kontrolle und den liberalsten Schutz beanspruchen innerhalb der städtischen Fürsorge die Dienstmädchen, deren Kinder ich in erhöhtem Grade als gefährdet betrachte. Die meisten werden schon vor dem Geburtsakt aus ihren Stellen entlassen, sie darben, gebären auch oft im geheimen; nach der Geburt haben sie kein Brot und sind arbeitsunfähig; in den Städten, wo keine Kinderasyle sind, *findet sich keine Seele*, die sie darauf aufmerksam machen würde, daß ihr Kind ein Recht auf staatliche Fürsorge hat und daß sie im Notfalle auch eine Eisenbahnkarte ausgefolgt bekommen, um ins nächstgelegene Asyl zu gelangen. *Ich würde es für unbedingt notwendig halten, daß der Standesbeamte bei jeder Anmeldung eines unehelichen Kindes amtlich auf das Recht auf staatliche Fürsorge aufmerksam mache und bezüglich der Aufnahmebedingungen Aufklärung erteile. Er sollte sogar eine diesbezüglich gedruckte Anweisung einhändigen, welche dann die Hebamme der Mutter zu übermitteln hätte.*

Aber selbst in jenen Städten, wo Kinderasyle vorhanden sind, entschließt sich nicht jede Mutter sogleich, die staatliche Fürsorge in Anspruch zu nehmen, besonders jene Mütter nicht, welche die Geburt ihres Kindes zu Hause verheimlichen möchten. Erst versuchen sie alles andere, inzwischen geht aber das Kind zugrunde und sie selbst geraten auch oft in Not.

Für diese gibt es nur eine Hilfe: *die Gründung von Mutterheimen, die ich als die wichtigsten Werkzeuge der munizipalen Säuglingsfürsorge betrachte* und die aus jenen Orten, wo Hebammenbildungsanstalten vorhanden sind, als Dependancen derselben errichtet, wo Kinderasyle sich befinden, diesen unterstellt werden könnten. *Die Mütterheime spielen dort, wo Säuglingsheime fehlen, dieselbe Rolle, wie in kleinen Städten die Asyle, in den größeren Städten aber bilden sie das verbindende Glied zwischen Gebäranstalt und Kinderasyl.* Zu ihrer Erhaltung könnten Krankenkassen, Munizipium und Staat je eine geringe Summe beisteuern, denn, ich wiederhole, sie müssen zum größten Teil mit ihren eigenen Einkünften auskommen. Welch große Aufgabe diesen Mutterheimen im Kampfe gegen Prostitution und Verkommenheit zufiele, glaube ich nicht näher erörtern zu müssen.

Die munizipale Säuglingsfürsorge kann auch nur so ein entsprechendes Resultat aufweisen, wenn die Leitung in einer Hand konzentriert wird und wenn *diese Hand auch unter der Verantwortlichkeit der staatlichen Organisation steht und ihr über ihre Wirksamkeit Rechnung zu legen verpflichtet ist.* Sie ist die Leiterin der Mütterheime und Konsultationen, die Kontrolleurin der Krippenanstalten, der Kindergärten, unter ihre Aufsicht werden alle gefährdeten (also vernachlässigten, darbenden und unehelichen) Kinder gestellt; ihre Gehilfinnen sind die städtischen Aufseherinnen, sie leitet die bestehenden sozialen Institutionen in die richtige Bahn, und da sie auch das Organ der staatlichen Fürsorge ist, *vereinigt sie die Werkzeuge des sozialen und munizipalen Schutzes in dem Rahmen der staatlichen Säuglingsfürsorge.*

Mit allergrößtem Nachdruck möchte ich noch darauf aufmerksam machen, daß die Aktion des Säuglingsschutzes eine natürliche Folge des Kampfes gegen die Tuberkulose ist und daß *dieselbe Organisation für beide Zwecke hinreicht* (nur das Ordinationslokal muß separiert sein bei der Tuberkulose-Dispensaire). Dies ist darum so wichtig, weil durch die Verbindung beider Institutionen auch der Kampf gegen die Tuberkulose ein viel billigerer und erfolgreicherer sein wird.

In Städten, wo staatliche Kinderasyle vorhanden sind, sollte *die Leitung der munizipalen Fürsorge ausschließlich in der Hand des Asyldirektors konzentriert werden.* Wenn wir aber einerseits die Asyle zu öffentlichen Spitälern umgestalten, anderseits den Direktor mit den Spitalsagenden und außerdem noch mit der Leitung der Säuglingsfürsorge der ganzen Stadt betrauen, ist es nur recht und billig und zugleich eine conditio sine qua non, daß seine ärztliche Tätigkeit von keinen administrativen Arbeiten gehemmt werde. Diese sollen vom Administrationsbureau erledigt werden und für die Arbeitsmehrleistung soll das Personal durch entsprechende Gehaltsaufbesserung entlohnt werden.

Eine der wichtigsten Aufgaben ist der Schutz der

unehelichen und notleidenden, d. h. gefährdeten Säuglinge. In Anbetracht dessen, daß bei uns die Zahl der Unehelichen größer ist als wo immer in Europa, und wissend, daß diese die Mortalitätsstatistik stark belasten, werden wir nur dann eine richtige und erfolgreiche Säuglingsfürsorge haben, wenn wir sämtliche Gefährdete auf Grund einer besonderen Evidenzhaltung unter staatliche Aufsicht stellen. Zu dieser Beaufsichtigung sind in erster Reihe die Säuglingspflegerinnen berufen.

Selbstverständlich muß auch bei dieser Fürsorge der geniale leitende Gedanke Szalárdys, daß wir dem Kinde seine eigene Mutter zu erhalten trachten sollen, die Hauptrolle spielen; es ist erfreulich, daß auch Prof. v. Bókay für diese Idee eintrat und daß dies heute auch das Prinzip der Asyle ist.

Es ist bewiesen, daß eben bei den Unehelichen die Verminderung der Sterblichkeit durch geeignete Maßnahmen noch am ehesten gelingt. Finkelstein zeigt uns, daß seit der Errichtung des Berliner Kinderheimes die Mortalität der in Ammenschaft Gegebenen auf die Hälfte herabgefallen ist; Ascher in Königsberg wieder, daß die Kinderfürsorgeinstitutionen nur die Sterblichkeit der Unehelichen beeinflussen.

Dieser Teil des Kampfes fällt beinahe ganz mit der Anwendung der Mittel des antenatalen und Wochenbettschutzes zusammen, worauf das größte Gewicht zu legen ist. Auch Edelmann macht nachdrücklich darauf aufmerksam, daß die Zahl der Totgeborenen bei uns größer ist als sonst wo in Europa; ich schließe mich seinen Erörterungen restlos an.

Die Rekompensation der Schwangeren und der Wöchnerinnen ist durch das Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (G.-A. XIX: 1907) geregelt. Eine Ausdehnung des Gesetzes beziehungsweise eine Verbindung mit der Mutualité maternelle (Mutterschaftsversicherung) und eine Organisierung der erwähnten Mutterheime auf dieser Basis mit Einbeziehung der Hebammenbildungsinstitute und der Gebäranstalten ist unbedingt notwendig.

Die Ammenfrage scheint mir nur durch ein auf ähnlicher Basis wie die Loi Roussel fußendes Gesetz lösbar. Ich hielte den dreimonatigen Stillzwang für genügend; die Regelung müßte, wie dies Ministerialrat Ruffy, Landesoberaufseher der staatlichen Asyle, von welchem der Gedanke einer derartigen Lösung der Ammenfrage stammt, auseinandergesetzt hat, auf dem Zusammenhang mit den Asylen fußen. Durch Zentralisation in den erwähnten städtischen Mütterheimen läßt sich das leicht erreichen. Wichtig wäre jedoch, im Rahmen des Gesetzes zu bestimmen, daß Ammenkinder nur an die Brust abgegeben werden können und daß die Ammenkinder unter erhöhte Kontrolle zu stellen sind, zu deren Kosten — und dies wäre die wesentlichste Neuerung — der Ammenhalter beizusteuern hätte. Das Ammensystem ist derart gegen Sitte und hat solche Ähnlichkeit mit der alten Sklaverei, daß wir es nicht noch verbilligen, sondern mit aller Kraft auf seine Ausrottung hinarbeiten sollten, teils durch Erhöhung der Vermittlungsgebühr, die dem Mutterheim zufließen sollte, teils dadurch, daß für das Kind der Amme

in dem Maße gesorgt wird, daß seine Erhaltung unter staatlicher respektive munizipaler Aufsicht gesichert ist. Wer aber eine teure Amme nicht mag, möge selbst stillen oder befreunde sich mit der Institution des Milchbrudertums, welche von Szana und Edelmann sehr richtig, doch bisher ohne Erfolg, propagiert wurde. Allenfalls muß die Ammenvermittlung den Händen der Privatunternehmung entzogen werden.

Die Sterblichkeit der Unehelichen ist in großem Maße durch die Rechtslage bedingt. Es muß also vor allem auch an die Verbesserung ihrer Rechtsverhältnisse geschritten werden, doch ist dies wirksam nur durch Schaffung eines bürgerlichen Gesetzbuches möglich. Der Entwurf ist schon fertig, wann daraus ein Gesetz wird, ist ganz unbestimmt. Bis zu diesem Zeitpunkte müssen wir uns mit dem unentgeltlichen, ja sogar obligatorischen Rechtsschutz des Unehelichen helfen. Mit Einführung desselben würde der ungarische Staat am besten jenem stolzen Satz entsprechen, daß „er dem Kinde sein Recht gibt“ und wenn dem Staat, wie dies Dr. Zoltán Bosnyák ausführt, das Recht zu einer gewissen Einengung der natürlichen Selektion unbestritten zusteht, so muß er auch dafür Sorge tragen, daß — wie sich eine holländische Juristin treffend ausdrückt — die Erfüllung der Mutterpflichten als eine im Interesse des Staates verrichtete Leistung betrachtet werde, für welche der Staat zum mindesten die Erhaltung des Lebens des Kindes zu sichern habe.

Die Höhe der Säuglingssterblichkeit selbst kann ich für ein „survival of the fittest“, für eine natürliche Selektion nicht gelten lassen. Hiergegen spricht das Resultat aller meiner statistischen Erhebungen. Wenn die Mortalität eine natürliche Auslese wäre, dann müßte sie in dem Falle groß sein, wo die Zahl der Geburten eine große ist; bei uns ist dies aber gerade umgekehrt. Dagegen spricht auch die Sterblichkeitsverteilung nach Altersgrenzen auf die einzelnen Landesdistrikte. Teils Unwissenheit und Indolenz, teils willkürliche Beschränkung der Kinderzahl sind es, mit denen wir zu kämpfen haben. Wenn dem aber so ist, dann hat Dr. Bosnyák noch mehr Recht, zu sagen, daß der Staat nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet ist, sich in diese Verhältnisse einzumengen.

Trotz der außerordentlichen Wichtigkeit, die — besonders bei uns — dem obligaten staatlichen Schutze der unehelichen und der gefährdeten Säuglinge im allgemeinen zukommt, habe ich mich in diesen Zeilen mit diesem Gegenstand verhältnismäßig nur wenig befaßt. Nicht als wenn ich ihn nicht als die wichtigste der aufzuwerfenden Fragen betrachten würde, sondern darum, weil dieser Teil der Fürsorge am allerwenigsten Sache des Arztes ist, ich mich daher für diesen Teil der Schutzaktion nicht genug kompetent halte. G.-A. XIV 1876 sorgt zwar auf dem Papier sehr schön dafür „daß die in Privat- und öffentlichen Gebäranstalten befindlichen Säuglinge, die Findlinge, die in Ammenschaft gegebenen Kinder unter strenge polizeiärztliche Aufsicht zu stellen sind“, daß „die unter 7 Jahre alten Kinder im Erkrankungsfalle sobald als

möglich ärztliche Hilfe erhalten“; ja sogar die Frage der Ammenschaft wurde durch dieses Gesetz ganz im Sinne der speciellen *Loi Roussel* geregelt, indem es „die Fürsorge für Findlinge und in Ammenschaft Gegebene zur Pflicht der Gemeinde macht“. G.-A. XXXVIII 1908 macht es den Gemeinden und Munizipien zur Pflicht, für die Erhaltung und Erziehung der Findlinge Sorge zu tragen, die von Privaten in Außenpflege gegebenen und von den Kinderasylen placierten Kinder zu überwachen. Die städtischen Kreis- und Gemeindeärzte „beaufsichtigen die von den staatlichen Kinderasylen in den Kolonien untergebrachten Kinder, die in Armenpflege gegebenen und führen über dieselben ein separate Evidenzliste“.

Ich muß konstatieren, daß die Verfügungen dieser beiden Gesetze, nur auf dem Papier existieren. Wären sie vollzogen worden, dann wäre die Frage des offenen Säuglingsschutzes schon längst erledigt, die vorliegende Schrift ist jedoch der beste Beweis dafür, daß der wesentlichste Teil dieser Gesetze unausgeführt geblieben ist.

Ich erwähne dies schon darum, weil ich — ich gestehe es — in den Bestimmungen des G.-A. XXI 1898 *eine Gefahr für die Zukunft des ungarischen Kinderschutzes* erblicke, da dieser als Haupteinnahmequelle für die Asyle den ohnehin stark in Anspruch genommenen Landeskrankenpflegefonds bestimmt. Dies muß früher oder später zu einer Kollision führen mit der bisherigen sich auf die Erhaltung der Krankenhäuser beziehenden Bestimmung des Krankenpflegefonds, um so eher, als es jedem Unbefangenen einleuchtet, daß das Budget der Kinderfürsorge in erschreckendem Maße anwächst und wir daraufvorbereitet sein müssen, daß es in 10 bis 20 Jahren sich eventuell verdoppelt. Laut den G.-A. VIII und XXI 1901 (Gesetze über Fürsorge der verlassenen Kinder) hat nämlich ein jedes verlassene Kind einen Anspruch auf staatliche Fürsorge, demzufolge die Zahl der Kinder, die dem Verbande der staatlichen Kinderasylen angehören, von Jahr zu Jahr wächst. Hieraus folgt, daß wir für die zukünftigen Aktionen des Landeskinderschutzes, die unbedingt notwendig sind, nach Möglichkeit neue Einnahmequellen beschaffen müssen.

Ich bin kein Jurist, weiß daher nicht, welche Schwierigkeiten zu überwinden wären bei der Durchführung jener Idee, *nach welcher die Geltendmachung der Alimentationsansprüche aller oder mindestens derjenigen Unehelichen, welche verlassen sind, vom Staate von amtswegen durchzuführen wären. Diese Alimentationsbeiträge würden die beste und, wie ich glaube, die gerechteste und billigste Einnahmequelle der staatlichen Fürsorge bilden.* Ich lege dem um so größere Wichtigkeit bei, als ich aus Erfahrung weiß, daß die Geltendmachung des Alimentationsanspruches oft damit endet, daß der betreffende Mann die Mutter seines Kindes heiratet, um nicht umsonst zahlen zu müssen. Mit der Berufsvormundschaft, welche in Ungarn zum erstenmale von Dr. *Engel* propagiert wird, leider ohne bis jetzt im

Rahmen des staatlichen Kinderschutzes aufgenommen zu sein, würde diese Frage am einfachsten gelöst werden.

Abgesehen davon, daß auf diese Weise die staatliche Fürsorge die erforderlichen Geldmittel eben von jenen erhalten würde, welche laut Recht und Gerechtigkeit zur Aufbringung dieser Kosten in erster Reihe verpflichtet sind, ist ohneweiters klar, daß nicht dies die wichtigste Folge dieser strengen Maßregel sein würde, sondern eine starke Verminderung der Zahl der unehelichen Kinder. Und wenn wir uns ins Gedächtnis zurückrufen, was wir von der verhältnismäßig größeren Sterblichkeit dieser Kinder bereits sagten, müssen wir zu der Folgerung gelangen, daß diese Maßregel zugleich früher oder später zur natürlichen Verminderung der Zahl der den staatlichen Schutz Suchenden, ja sogar zu einer nicht geringen Verbesserung der Sterblichkeitsverhältnisse führen würde. Dies wäre jener Fall, wo der Staat das „Recht des Kindes" auch verwirklichen könnte.

Eine weitere Ursache der großen Säuglingssterblichkeit sind die Unwissenheit und der Aberglaube. Sie können nur durch Aufklärung ausgerottet werden.

Lernen wir von Amerika, wo man schon die kleinen Mädchen an Puppen in der Säuglingspflege unterweist. Möge der ungarische Staat einen großen Schritt nach vorwärts tun und verordnen, daß in allen Schulen, von den Elementarschulen angefangen, im Rahmen des Unterrichtes bei der Lehre vom Menschen auch die Grundzüge der Säuglingspflege gelehrt werden sollen. Das Wesentliche kann in 3 bis 4 Sätzen zusammengefaßt werden. Für die Elementarschule genügt, wenn das Kind darüber belehrt wird, daß jene Mutter eine Sünde begeht, welche ihr Kind nicht selbst stillt; daß es vollkommen hinreicht, täglich fünfmal zu stillen; daß gezuckertes Wasser dem Säugling schädlich ist; daß künstliche Ernährung den Säugling gefährdet und daß wir immer den Arzt rufen sollen, wenn das Kind krank wird.

In den Lehrplan sämtlicher Schulen müßte dieser Unterricht aufgenommen werden, mit allmählicher Erweiterung des Lehrgegenstandes nach dem Alter des Kindes. Ich finde es sonderbar, wenn in der Naturgeschichte so viele nutzlose Dinge gelehrt werden und eben das Allernützlichste nicht; noch sonderbarer aber, daß wir — wie man sagt — die Mädchen zu „Müttern erziehen", ihnen jedoch die Pflichten der Mutter nicht beibringen. Ich beeile mich zu erklären, daß dieser Unterricht mit der sexuellen Aufklärung nichts gemein hat. Ich habe in den Mutterschulen Gelegenheit gehabt zu sehen, wie eifrig die Frauen sich bemühten, ihre Kenntnisse in der Kinderpflege zu erweitern, und auf Grund dieser meiner Erfahrungen muß ich jene Behauptung, daß sie diesen Lehren nicht folgen, bestreiten.

Lehrer, Professoren, Professorinnen, Lehrerinnen, Kindergärtnerinnen müßten so gründlich in der Säuglingspflege ausgebildet werden, daß sie dann auch selbst darin unterrichten können; dies fiele nicht schwer, denn das wirklich Wesentliche könnten sie sich in einigen Vorträgen aneignen.

Und der Unterricht höre nicht mit der Schule auf. Dem Standesbeamten eines jeden Dorfes müßte zur Pflicht gemacht werden, daß er bei jeder Geburtsanmeldung dem Anmeldenden die Grundzüge der Säuglingspflege vorlese und ihm auch die *angefügte Bestrafungsklausel* gründlich erkläre. Dazu müßte auch der Seelsorger einer jeden Konfession verhalten werden. Mit den gleichen Drucksorten sollten auch die Hebammen versehen werden, die überall dort, wo man ihren Beistand in Anspruch nimmt, ein Exemplar mit den gedruckten Verhaltungsmaßregeln zu hinterlassen hätten.

Aus ähnlichen Gründen wären die lügenhaften Fabrikreklamen, nach welchen die Kindermehle „den besten Ersatz für Muttermilch bilden und auch ganz jungen Säuglingen gereicht werden können", strengstens zu verbieten, weil die Anpreisungen zur Irreführung der Mütter und Hebammen geeignet sind. *Gedruckte Unterweisungen in der Ernährung und Pflege der Säuglinge sollten nur dann verbreitet werden dürfen, wenn sie von dem kompetenten Forum approbiert wurden.* Denn wenn diese Unterweisungen nicht gleichmäßig sind, führen sie erfahrungsgemäß nur dazu, daß die Mutter bei der Ernährung ihres Kindes den Ratschlägen der Frau Nachbarin folgt.

Kommt der Staat seiner Lehrpflicht nach, dann *wird er auch ein Recht haben, jene Person zu bestrafen,* welche durch unrichtige Ernährung oder ungenügende Pflege das Leben ihres Kindes gefährdet. Der Gerichtshof in Darmstadt verurteilte eine Frau, welche den Tod ihres zuckerkranken Mannes dadurch beschleunigte, daß sie ihm zuckerreiche Speisen, die sonst nicht schädlich sind, deren Genuß ihm aber untersagt war, regelmäßig zu essen gab. Derselbe Fall liegt bei der zweckwidrigen künstlichen Ernährung vor. Es müßte aber auch jene Hebamme bestraft werden, welche leichtsinnig die künstliche Ernährung verordnete; mit dem Massenmord der Säuglinge müßte endlich gründlich aufgeräumt werden.

Eine derartige, über das ganze Land sich erstreckende Säuglingsfürsorgeaktion ist *nur auf Grund eines einheitlichen Kinderschutzgesetzes möglich.* Außer den angeführten Punkten müßte in diesem Gesetze die strengere Durchführung der Totenschau wenigstens in den größeren Städten, wo das Amt des Totenbeschauers von einem Arzt versehen wird, geregelt werden. Solange die Statistik infolge unzulänglicher Daten selbst auf die elementarsten Fragen keine Antwort geben kann, fällt es schwer, Lehren aus ihr zu ziehen. Im Rahmen des Gesetzes müßte demnach auch Regelung finden der detaillierte und genaue Ausweis über die Säuglingssterblichkeitsbewegung durch das Statistische Amt; die Errichtung von Krippen in industriellen und besonders in Fabrikanlagen.

Alles, was ich bisher erörterte, *besitzt den Charakter einer Landes-Lehr- und Kontrollaktion, welche nur dann von erfolgreicher und gleichmäßiger Wirkung sein kann, wenn sie zentralisiert wird.* In diesem Sinne wirkt die französi-

sche „Ligue contre la mortalité infantile“, die deutsche „Zentralstelle“. Bei uns wäre dies noch notwendiger als sonst irgendwo. Die Säuglingsschutzzentren in der Provinz vereinigen sich in einer Landeszentralstelle, deren Aufgabe die Führung und Lenkung dieses Kampfes bildet. Ich habe nachgewiesen, daß dieser Kampf bei uns vom Standpunkte des Ungartums eine Existenzfrage ist; ich habe nachgewiesen, daß bei uns eine ganze Reihe von Fragen existiert, die im Ausland eine ganz andere Richtung genommen haben.

Ebenso wie das Ackerbauministerium neben der tierärztlichen Akademie auch eine tierphysiologische Versuchsstation errichtet hat, wäre auch, jedoch noch dringender, die Errichtung eines Zentralinstitutes nötig, das, unabhängig von der Universität und der Organisation der Kinderasyle angehörend, ein ratgebendes Forum wäre bezüglich aller kontroversen ärztlichen Fragen des Säuglingsschutzes, und an das sich die Asyle und auch alle Städte und Gemeinden des Landes um Aufklärung zu wenden hätten.

Heute wissen die Krankenheime nicht, wohin sie sich wenden sollen, wenn eventuell eine komplizierte Laboratoriumsuntersuchung nötig wird. Bei vorkommenden schwierigen ärztlichen Fällen besitzen wir kein einziges Forum, wo man sich Rat holen könnte. In den Städten gibt es zwar hier und dort eine Säuglingsfürsorge, aber jeder geht seinen eigenen Weg und niemand lernt aus dem Fehler des andern. „Wenn auf einem Gebiete der Wohlfahrtspflege, dann ist eine derartige Zentralstelle für die Bestrebungen der Säuglingsfürsorge unbedingt notwendig“, sagt Keller (Ergebnisse, I. Heft, 39).

Edelmann wünscht, daß die ärztliche Leitung der Säuglingsfürsorge bei uns durch die ärztliche Hauptabteilung des Ministeriums des Innern geschehe, mit Hinzutritt eines „Säuglingsfürsorgefachrates“. Ich kann diesen Gedanken für keinen glücklichen halten. Fachräte haben nur dann einen Sinn, wenn sie in abstrakten Fragen — und aus Akten — zu entscheiden haben und entscheiden können; solche sind der Landes-Sanitäts- und Justiz-Ärztliche Rat, deren einwandfreie Wirksamkeit Herrn Edelmann wahrscheinlich diesen Gedanken eingegeben hat. — Was aber ein „Säuglingsfürsorgefachrat“ eigentlich machen sollte, das kann ich mir beim besten Willen nicht vorstellen. Wer wird in diesem Fachrat arbeiten und die Verantwortung tragen?

Die Errichtung dieser Zentralstelle kann ohne jedes Opfer verwirklicht werden, wenn sie in den Rahmen der am Budapester staatlichen Asyl ohnehin unausweichlichen Vergrößerungsarbeiten miteinbezogen wird. Denn das Budapester Kinderheim kann jetzt nur mehr jenen Säuglingen Raum geben, welche bei der Aufnahme bereits krank sind; restituierte, auf den Kolonien erkrankte Säuglinge aufzunehmen, — was doch seine Hauptaufgabe wäre, — ist es nicht mehr imstande.

Erwägen wir nun die Kosten dieser von mir angedeuteten Säuglingsfürsorgeaktion.

Den ersten Teil (die Einbeziehung der Ärzte und Hebammen in die Aktion) habe ich bereits detailliert, diese Kosten belaufen sich auf zirka 84.000 Kronen.

Die munizipale Fürsorge ist eigentlich die im Gesetze wurzelnde Pflicht einer jeden Stadt. Sie wird aber nicht gebührend erfüllt. Ich würde es für gerecht und würdig halten, wenn der Staat die Hälfte der Kosten bestreiten würde. Hierfür könnte er dann die strenge und gleichmäßige Durchführung aller Maßregeln fordern und sich das Recht der Kontrolle vorbehalten.

Bei der Kostenberechnung diente mir als Grundlage der Kostenvoranschlag der durch *Keller* organisierten Säuglingsfürsorge der Stadt *Magdeburg*, der am vollkommensten organisierten Fürsorge, die in ganz Europa als musterhaft gilt. Magdeburg besitzt 245.000 Einwohner, auf diese entfallen 984 außerehelich geborene Kinder. Dort werden für Stillprämien 15.000 Mark, für Milchverteilung 19.000 Mark, für einen Kinderarzt 5000 Mark (wovon 3000 Mark auf das Honorar des Spitalsoberarztes entfallen), für 5 Säuglingsaufseherinnen 5125 Mark, für Gratismedikamente 1000 Mark, für das offizielle Kuratelamt 600 Mark, für Deckung des Bedarfes der Konsultationsbureaus 878 Mark berechnet, zusammen 49.000 Mark. *Auf jeden gefährdeten Säugling entfallen daher durchschnittlich 50 Mark Kosten.*

Bei uns, um zuerst mit den Verhältnissen in Budapest fertig zu werden, gestalten sich die Verhältnisse ganz anders. Einerseits besitzen wir staatliche Asyle, anderseits ist bei uns das Stillen viel zu verbreitet, als daß Stillprämien und Milchverteilung in den Rahmen einer amtlichen Aktion aufgenommen werden müßten; *auch dies ist notwendig*, jedoch Aufgabe der sozialen Hilfeleistung. Für unsere Residenzstadt halte ich übrigens die staatliche Hilfe gar nicht für nötig; daß sie für ihre gefährdeten Säuglinge Sorge trage, das müssen wir wahrlich von der Hauptstadt unseres Vaterlandes **fordern** dürfen. Die staatliche Beihilfe ist nur dadurch begründet, daß in Budapest sehr viele Säuglinge geboren werden, die nach der Provinz zuständig sind. Die Verhältnisziffer der außerehelich Geborenen in Budapest war in den Jahren 1901 bis 1905 27·1%; auf 22.929 berechnet 6216; *sechsmal soviel und noch mehr als in Magdeburg.*

Die wichtigsten Faktoren der Fürsorge für die Unehelichen sind die Mütterheime, die Aufsichtsorgane und die Abhaltung der Konsultationen. *Für mindestens 100 Mütter* würde ich ein Mutterheim rechnen, welches sich zum Teil von der Arbeit seiner Pfleglinge erhalten könnte, hauptsächlich aber, da dieses Heim zugleich eine zentrale Ammenanstalt wäre, von den zumindest auf 50 Kronen zu berechnenden Vermittlungsgebühren, wenn damit auch nicht alle Kosten zu decken sind.

Die Zahl der in Budapest alljährlich plazierten Ammen beträgt ungefähr 1000. Wenn unter diesen nur 500 solche sind, die in Budapest geboren haben, dann würden die Vermittlungsgebühren schon 25.000 Kronen betragen. Die aus der Provinz kommenden, sich als Ammen verdin-

genden Mütter müßten in einer Dependance dieser Anstalt, jedoch separiert ihre Placierung abwarten. Ihre Verköstigung würden die Vermittlungsgebühren decken und da diese Ammen nur in beschränkter Zahl, nur so viele, als eben gesucht werden, in die Anstalt aufgenommen würden, eine 5tägige Beobachtung aber zur Beurteilung der Tauglichkeit einer Amme genügen würde, könnte das Mütterheim von diesen Insassinnen den größten Nutzen haben. Denn wenn von diesen Gebühren auch die Bekleidungskosten der Mutter und die Kosten der Unterbringung des Kindes der Amme in einem Kinderheim abzurechnen wären, so blieben doch noch von der Vermittlungsgebühr einer jeden solchen Provinzamme ungefähr 10 Kronen übrig. (Von der Vermittlungsgebühr von 50 Kronen wären abzuziehen 10 Kronen für 5tägige Verköstigung, für Reisespesen 10 Kronen, für Unterbringung und einmonatige Verpflegung des Säuglings 20 Kronen. Rest 10 Kronen.)

Sehr wichtig vom Gesichtspunkte des Kinderschutzes wäre es, daß von den besonders aus der Provinz sich als Ammen Meldenden nur jene akzeptiert würden, welche sich mit Zeugnissen darüber ausweisen können, daß sie ihr eigenes Kind in ihrem Zuständigkeitsorte in Pflege gegeben. Jene Provinzammen, die ein solches Zeugnis nicht beibringen können, sollten dazu verhalten werden, ihre Kinder durch das staatliche Kinderasyl unterbringen zu lassen und die Kosten dafür voll zu tragen.

Von diesen Provinzammen würden einfließen 500 mal 10 Kronen = 5000 Kronen. Wenn ich nun von den 100 Insassinnen der Anstalt nur $1/_2$ als erwerbsfähig mit 1 Krone pro Kopf annehme, dann wären die Gesamteinnahmen der Anstalt 25.000 + 5000 + 12.000 = 42.000 Kronen, denen gegenüber die Verköstigungskosten von 2 Kronen pro Kopf stehen. Mit diesem Gelde kann man leicht auskommen, da nur sehr wenig Personal nötig ist: jede Arbeit verrichten die Insassinnen selbst. Die Erhaltungskosten betragen daher insgesamt 72.000 Kronen, von welcher Summe 42.000 Kronen gedeckt wären. Alles in allem wäre daher eine Subvention in der Höhe von 30.000 Kronen notwendig (Arzt, Pflegerin und Medikamente habe ich in die Erhaltungskosten mit eingerechnet). Ein kleines Nebeneinkommen ließe sich für die Anstalt auch durch die Abgabe von abgezogener Muttermilch an darmkranke und frühgeborene Säuglinge erzielen.

Außerdem wäre für Budapest in jedem Bezirke eine jeden zweiten Tag abzuhaltende, auch den Charakter einer Mütterschule besitzende Konsultation nötig, zu welcher 5 Ärzte à 2000 Kronen genügen würden. Diese die Säuglinge beaufsichtigenden Ärzte müßten in ihren Bezirken die Schwerkranken auch in ihrem Heim aufzusuchen verpflichtet werden oder aber dies dann tun, wenn der delegierte Säuglingsbeaufsichtiger es für nötig erklärt. Die wichtigste Institution in dieser Organisation ist jene der Säuglingsaufseherinnen; von ihnen wären in jedem Bezirk 2, zusammen 20 nötig, à 1000 Kronen. Ferner wäre ein Zentralamt notwendig, welches sämtliche Angelegenheiten, Rechtsfragen usw. zu erledigen

hätte und das Verbindungsglied zwischen dieser Institution und der staatlichen Fürsorge bilden würde. Die Erhaltungskosten dieses Amtes dürften sich auf jährlich 10.000 Kronen belaufen. Die Konsultationen könnten bei den Bezirksvorstehungen abgehalten werden, um nicht extra Wohnungsmieten bezahlen zu müssen. Budapest ist die einzige Stadt in Ungarn, wo Stillprämien unbedingt notwendig sind; für diesen Zweck seien 20.000 Kronen, für Milchverteilung ebenfalls 20.000 Kronen gerechnet (Gratismedikamente bezahlt der Krankenpflegefonds), so daß der Kostenvoranschlag für die vollständige Säuglingsfürsorge der Residenzstadt Budapest sich folgendermaßen aufstellen ließe:

Subvention für das Mütterheim	30.000	Kronen
5 ordinierende Ärzte à 2000 Kronen	10.000	„
20 Säuglingsaufseherinnen à 1000 Kronen	20.000	„
Zentralamt	10.000	„
Kanzleibetrieb	2.000	„
Stillprämien	20.000	„
Milchverteilung	20.000	„
Summa	112.000	Kronen

sage Einhundertzwölftausend Kronen. Die Kosten wären demnach viel geringer als in Magdeburg. Dort entfallen 64 Mark, hier 20 Kronen auf ein Kind. Der Grund dieses großen Unterschiedes ist: wir haben Kinderasyle, sie aber nicht. Dem gegenüber ist zu erwähnen, daß die Stadt Charlottenburg (270.000 Einwohner) im Jahre 1909 für die Säuglingsfürsorge außerhalb der Anstalten nicht weniger als 115.000 Mark ausgegeben hat.

Ich hielte es für wünschenswert, daß $^1/_3$ dieser Kosten vom Staate übernommen würde, da eine übergroße Anzahl der in Budapest geborenen außerehelichen Kinder nach der Provinz zuständig ist.

Die Stadt würden demnach 78.000 Kronen, den Staat aber 36.000 Kronen Kosten belasten.

Im Lande gibt es 32 größere Städte, welche zusammen 1,400.000 Einwohner besitzen. Diese Städte müssen in 2 Gruppen geteilt werden; 17 davon haben ein Kinderasyl, 15 keines. Dort, wo ein Asyl vorhanden ist, braucht man zur Fürsorge weiter nichts, als eine zum Asyl eingeteilte Aufseherin (Wohnung und Verköstigung erhält sie von der Anstalt) = 600 Kronen; der Asyldirektor oder jener städtische Arzt, welcher die Konsultation abhält, bekäme ein Extrahonorar von 500 Kronen, dann für das Mütterheim eine Subvention von 4000 Kronen — das übrige verrichtet das Kinderasyl. Die Kosten würden sich für eine solche Stadt auf 5100 Kronen belaufen, mit Milchverteilung auf 6100 Kronen. Für unsere größeren Städte, wie: Szeged, Szabadka, Debreczen, Pozsony, Hódmezővásárhely, Kecskemét, Arad, Temesvár, Nagyvárad und Kolozsvár müßten aber größere Mütterheime berechnet werden, darum kommen bei diesen Städten noch je 2000 Kronen Extraausgaben und 1000 Kronen

Mehrkosten für Milchverteilung hinzu, für 10 Städte demnach wären je 9100 Kronen, für die anderen 7 Städte je 6100 Kronen zu verausgaben, dies macht zusammen:

91.000 Kronen
42.700 „
133.700 Kronen Kosten,

deren Hälfte der Staat zu tragen hätte. In den verbleibenden 17 Städten ohne Kinderasyle (in deren Reihe alle kleineren Städte mit über 25.000 Einwohnern aufgenommen sind) würden die Kosten folgende sein: Arzt 1000, Mütterheim 3000, Stillprämien 1000, Kanzleikosten 500, Pflegerin 800, Milchverteilung 1000 = 7300 Kronen, insgesamt daher 124.100 Kronen.

Wenn wir außer diesen auch noch **alle** kleineren Städte (ungefähr 34) in diese Aktion mit einbeziehen und für diese die Hälfte der obigen Gesamtsumme berechnen, dann wäre die Endsumme ebenfalls 124.100 Kronen. Und rechnen wir dann noch 200 solche größere Gemeinden hinzu, in welchen wir eine Aushilfsaufseherin anstellen (als Nebenamt für Lehrerinnen oder Kindergärtnerinnen mit je 200 Kronen Honorar) und setzen wir für eine solche Gemeinde zur Bestreitung der Säuglingsfürsorgekosten 400 Kronen aus, die nach meiner Berechnung vollauf genügen würden, dann wären die Gesamtkosten für 200 Gemeinden à 600 Kronen = 120.000 Kronen. 200 Gemeinden mit 300 Kronen, 400 Gemeinden mit 150 Kronen Gesamtausgaben berechnet, wären noch 90.000 Kronen Kosten.

Die Hälfte aller dieser munizipalen und Gemeindeanlagen für Kinderfürsorge müßte der Staat bezahlen, wofür ihm das Kontrollrecht vorbehalten bliebe.

Der Kostenvoranschlag der Landessäuglingsschutz- und Fürsorgeaktion für sämtliche größeren und kleineren Städte des Landes (auch die Marktflecken inbegriffen) (insgesamt 66), außerdem für 600 größere und kleinere Gemeinden in den gefährdeten Gegenden wäre daher der folgende:

1. Einbeziehung der Ärzte und Hebammen	84.000 Kronen, wovon	84.000 Kronen
2. Residenzstadt Budapest	130.000 „ „	65.000 „
3. 32 größere Städte	237.800 „ „	128.000 „
4. 34 kleinere Städte und Marktflecken	124.000 „ „	62.050 „
5. Organisierte Fürsorge in 800 Gemeinden	240.000 „ „	120.000 „
6. Erhaltungskosten einer (neuen) Zentralanstalt pro Jahr	100.000 „ „	100.000 „
Summe	917.900 Kronen, wovon	530.950 Kronen

den Staat belasten würden.

Als neue Ausgaben sind nur diese 538.950 Kronen zu betrachten, da doch die Städte und Gemeinden im Sinne des Gesetzes ohnehin für

diese Zwecke Geld verausgaben, wahrscheinlich auch nicht viel weniger, als die hier geforderte Beteiligung ausmacht — aber unorganisiert und daher ganz ohne Resultat. Zu den Beteiligungskosten des Staates wären noch hinzuzurechnen ungefähr 29.000 Kronen für Reiseauslagen und für außerordentliche Ausgaben in einigen stark gefährdeten Gegenden, mit welcher Summe die Maximalauslagen des Staates sich auf 560.000 Kronen erhöhen würden. Dagegen würden sich die Ausgaben um 60.000 Kronen verringern, wenn mit den Agenden der Zentralanstalt ein bereits bestehendes Institut betraut würde, so daß in letzterem Falle die Gesamtauslagen des Staates sich auf **500.000 Kronen** stellen würden.

Wenn wir in Betracht ziehen, welch riesige Summen der Staat für Blinde, Geisteskranke, Krüppelhafte verausgabt, welche Ausgaben, wie nötig sie auch seien, doch verlorene, unfruchtbare sind, muß ich diese Summe im Hinblick auf das zu erreichende Ziel als lächerlich gering bezeichnen, handelt es sich doch hier einerseits um *Gesunde*, anderseits um ein großes nationales Ziel, welches nur auf diese Art erreicht werden kann.

Obwohl es nicht in den Rahmen meiner Arbeit gehört, muß ich es dennoch wiederholt betonen, daß die hier im Umriß skizzierte Säuglingsfürsorge die einzige ist, welcher die Verteidigung gegen die Tuberkulose gut und völlig eingefügt werden kann. Betrachten wir einmal, welch riesige Summen die Lungenheilstätten verschlingen und ihr Resultat. Kaum 400 Kranken nehmen sie jährlich auf. Lungenkranke haben wir mindestens 60.000, Heilstätten dagegen bloß 2, sage zwei. Wenn wir aber in diesen Rahmen das Landes-Dispensairesystem einfügen würden, dann könnten wir — *jedoch nur in diesem Rahmen* — mit 500.000 Kronen Mehrauslagen die Verteidigung gegen die Tuberkulose im ganzen Lande organisieren, *mit einer Million Gesamtkosten pro Jahr den Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit und gegen die Tuberkulose des Kindesalters aufnehmen!*

Am Ende wünsche ich noch zu betonen, daß, wie *Keller* sagt, „wir durch die Minderwertung des Säuglingslebens die einzige Waffe aus der Hand geben, mit welcher wir die ständige Verringerung der Geburtsziffer paralysieren können". Um wieviel mehr Bedeutung dies bei uns hat als bei dem immens reichen, an Bevölkerung stets zunehmenden Deutschland, davon können wir uns überzeugen, wenn wir einerseits daran denken, daß die Verringerung der Geburtsziffer gerade auf die kernungarischen Gegenden zutrifft, und wenn wir anderseits einen Blick auf die die Ausdehnung der Säuglingssterblichkeit veranschaulichende Landkarte unseres Vaterlandes werfen. Auch dürfen wir nicht vergessen, daß dies die einzige Art ist, auf welche wir den durch die Auswanderung verursachten Blutverlust ersetzen, seine Folgen mildern können. *Der Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit bildet die einzig richtige durchführbare ungarische Sozialpolitik.*

ERGEBNISSE DER SÄUGLINGSFÜRSORGE.

HERAUSGEGEBEN VON

PROF. DR. ARTHUR KELLER,

DIREKTOR DES KAISERIN AUGUSTE VICTORIA-HAUSES ZUR BEKÄMPFUNG DER SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT IM DEUTSCHEN REICHE.

ELFTES HEFT.

BERICHT DER PÄDIATRISCHEN ABTEILUNG DER MATERNITY POLICLINIC (NEW YORK).

MIT EINER STUDIE ÜBER SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT

VON

DIREKTOR DR. HERMANN SCHWARZ,

NEW YORK.

LEIPZIG UND WIEN.

FRANZ DEUTICKE.

1911.

Verlags-Nr. 1885.

Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

Bericht der pädiatrischen Abteilung der Maternity Polyclinic (New York).

Mit einer Studie über Säuglingssterblichkeit.

Von Direktor Dr. Hermann Schwarz.

Vorwort.

Die „Maternity Polyclinic" wurde 9 Jahre von Herrn Dr. Hill geleitet. In New York ist es üblich, daß die Frauen sich einige Wochen oder Monate vor ihrer Entbindung einer einmaligen Untersuchung unterziehen. Zur Zeit ihrer Niederkunft senden sie Bericht an die Poliklinik und erhalten daraufhin für sich selbst und für ihr Kind ärztliche Hilfe während ihrer Wochenbettperiode (14 Tage).

Im November 1908 organisierte ich mit gütiger Erlaubnis des Herrn Dr. Hill und mit Unterstützung des bekannten Philanthropen Herrn John E. Berwind eine pädiatrische Abteilung dieser „Maternity Polyclinic".

Mein Plan war, den Müttern während ihrer Schwangerschaft mit Rat und materieller Hilfe beizustehen, so daß sie imstande sein sollten, ein kräftiges Kind zur Welt zu bringen und die angeborenen Kräfte des Säuglings durch natürliche Ernährung weiter zu fördern.

Einer der Hauptpunkte unserer Arbeit war „Propaganda für Brustnahrung". Zugleich war es unser Streben, die verschiedenen Probleme der Säuglingssterblichkeit zu erforschen.

Organisation.

Eine Frau meldet sich Tage, Wochen oder Monate vor ihrer Niederkunft; die Anamnese wird in der üblichen Weise aufgenommen. Ihr Name und ihre Adresse werden unserer Hilfsarbeiterin angegeben. Diese sucht sie in ihrer Wohnung auf und erhält nähere Angaben über ihre sozialen Verhältnisse; hierbei benutzt sie eine besonders für diesen Zweck bestimmte Karte (s. Nr. 1, S. 28). Wie man aus diesen Karten ersehen kann,

wird ihre ganze soziale Geschichte gewonnen: Nationalität, Alter, Dauer des Aufenthaltes in der Stadt, Schulkenntnisse von Frau und Mann, Gesamtverdienst der Familie, Zahl der bewohnten Zimmer, Miete und Wohnungsverhältnisse. Auf der Rückseite der Karte (Nr. 2, S. 30) werden Familienleben, Kenntnisse und Kinderpflege, allgemeine Intelligenz, Bereitwilligkeit zur Mitarbeit, Gesundheitszustand der Mutter usw. nach Prozenten beurteilt. Diese Liste enthält freie Rubriken, um Besserung oder Mangel an Besserung zu vermerken, welche unsere Hilfsarbeiterin bei ihren wiederholten Besuchen zu konstatieren hat.

Sorge vor der Geburt.

Sind die häuslichen oder sozialen Verhältnisse unter der gewünschten Prozentzahl, oder ist dringende Not vorhanden, so rufen wir die Hilfe der verschiedenen Wohltätigkeitsvereine an. Ist es der Gesundheitszustand der Mutter, der zu wünschen übrig läßt, so wird sie an Dr. Hill und seine Assistenten zurückgewiesen, die ihr ärztliche Hilfe angedeihen lassen. Die Hilfsarbeiterin besucht jede Patientin etwa einmal monatlich, versucht, ihre Aufmerksamkeit auf Reinlichkeit zu lenken, und schlägt jede Hilfe vor, die geeignet ist, die Frau in den bestmöglichen Zustand für die Entbindung zu bringen. So wurde verschiedentlich eine Aufwartefrau und eine Köchin aus unserer Klinik zur Verfügung gestellt. Von Monat zu Monat macht unsere Hilfsarbeiterin Notizen über Besserung bei der Mitarbeit, geistige und gesundheitliche Fortschritte, und zwar in den oben angeführten Rubriken. Auf diese Weise waren wir imstande, Daten zusammenzutragen, welche deutlich zeigen, auf welche Weise wir diesen armen und unwissenden Frauen helfen können.

Sorge nach der Geburt.

Wird das Kind früh am Morgen geboren, so sieht eine unserer geprüften Kinderpflegerinnen noch am selben Tage nach ihm; wird es abends geboren, so wird es am nächsten Tage besichtigt. Beim ersten Besuch wird in Gegenwart der Mutter das Kind mit feuchter Watte abgewaschen; Augen und Mund werden mit gekochtem Wasser gereinigt; das Kind wird gewogen und alle 2 Stunden an die Brust gelegt. Am folgenden Tage wird das Kind durch die Wochenpflegerin besichtigt. Dieselbe wiederholt die Arbeit vom vorhergehenden Tage. Am dritten Tage wird das Kind wieder von der Kinderpflegerin besucht und die Mutter in den Grundsätzen der Pflege des Kindes unterrichtet. Alle Beobachtungen, welche in diesem Abschnitt des kindlichen Lebens gemacht werden, werden notiert. Das Kind wird besucht, bis es die Brust regelmäßig nimmt, ohne Rücksicht auf die Anzahl der Besuche, die erforderlich sind, denn die Pflegerinnen sind davon überzeugt, daß dies der wichtigste Teil ihrer Aufgabe ist. Drei Besuche reichen gewöhnlich aus. Am 14. Tage wird das Kind wieder von der Kinderpflegerin besucht, um festzustellen, ob das Geburtsgewicht wiedererlangt ist und ob die

Nahrung ausreicht. Diese Sorge nach der Geburt liegt 2 Pflegerinnen ob, die von 9 bis 6 Uhr und manchmal noch länger arbeiten, und einer Pflegerin, die einen halben Tag arbeitet. Jede Hilfe betreffend Anschaffung von Wäsche für das Kind usw. ist entweder schon geleistet worden oder wird durch die Pflegerin geleistet.

Klinik.

Die Kinder werden im Winter in der 5., im Sommer in der 3. Lebenswoche in die Klinik zu einer allgemeinen Untersuchung gebracht, deren Ergebnis auf einer besonderen Karte eingetragen wird. Die Klinik besteht aus einer Mietwohnung von 4 Zimmern zu ebener Erde, 3 Wartezimmern und einem großen hellen Untersuchungszimmer. Dies letztere ist ausgestattet mit einem einfachen Holztisch, der als Untersuchungstisch dient, einem ähnlichen zum Schreiben, einer kleinen Wage und einigen Stühlen. Die Klinik ist Wochentags morgens und nachmittags und an Sonn- und Feiertagen während einer Stunde geöffnet. Es sind 4 besondere Kliniktage in der Woche angesetzt, doch werden Mütter, die Rat suchen, zu jeder Zeit vorgelassen. Sobald das Kind in die Klinik kommt, wird der Rachen angesehen und nach Husten gefragt, um Infektionen von Keuchhusten und Diphtherie auszuschließen. Die klinische Untersuchung erstreckt sich auf die inneren Organe und Extremitäten und einige Messungen. Sowohl Brust- als Flaschenkinder werden, wenn sie gesund sind, nach 4 Wochen wieder bestellt. Mütter von kranken Kindern werden ersucht, sie so oft wie nötig zu bringen; wir bestimmen dann, ob es ein Fall ist, der bei uns, in einer Poliklinik oder in einem Krankenhaus behandelt werden soll. Diese Frage ist keineswegs unter allen Umständen so leicht zu entscheiden. Die gewöhnliche ambulatorische Behandlung ist bezüglich Hygiene und Ernährung das wichtigste, da wenig Arzneimittel verwendet werden. Sie kann nur von wenigen Polikliniken geleistet werden, weil die Assistenz von Wärterinnen und geeignetem Personal im allgemeinen nicht zu ihrer Verfügung steht. Dennoch überweisen wir ein Kind, welches eine größere Menge von Arzneimitteln braucht, an eine der großen Polikliniken der Stadt und helfen soviel wie möglich mit unseren Pflegerinnen aus. Hat das Kind eine der Infektionskrankheiten des Neugeborenen, Krankheiten des Respirations- und Intestinaltraktus von ernsterer Bedeutung, so betrachten wir es als Spitalfall und schicken es in die geeigneten Institute, indem wir es wohl im Auge behalten und nach seiner Entlassung wieder aufnehmen. In der Klinik wird der Mutter die Hygiene der Brusternährung, soweit sie ihr Kind angeht, beigebracht. Allgemeine Regeln haben bei diesen Frauen keinen Wert. Ein Spezialfall ist erforderlich, und dieser Fall muß ihr eigenes Kind sein. Sie wird gelehrt, wie oft sie das Kind anlegen soll, ob nach 2-, 3- oder 4stündiger Pause, wobei die Häufigkeit durch das Gewicht bestimmt wird. Die Propaganda für die Ernährung an der Brust ist der wichtigste Teil unserer Arbeit an der Klinik gewesen. Die gewährte Unterstützung

hatte zum Hauptzweck, das Kind an der Brust zu halten. Bevor ein Kind die Flasche erhält, muß jeder Arzt und jede Pflegerin unserer Klinik folgende Regeln befolgen: 1. Zuerst vor und nach dem Stillen das Kind in der Klinik wiegen und nachsehen, wieviel es nimmt; 2. der Mutter täglich 2 Liter Milch geben und eine Menge von Hülsenfrüchten; das Kind wiegen und in einer Woche wieder wiegen. Hat das Kind an Gewicht verloren, oder besteht nur eine geringe Zunahme, so kann die Flasche gegeben werden. Dem Kind muß wenigstens eine Woche Frist zugestanden werden. Praktischerweise werden alle anderen Anweisungen, mit Ausnahme derjenigen über das Stillen, zu Hause gegeben, weil die Mütter in der Klinik zu erregt und nervös sind, um etwas zu lernen. Die Bereitung von Kochrezepten, das Reinigen der Flaschen usw. wird am folgenden Tage im Hause des Patienten vorgenommen. Die weiteren Besuche in der Klinik werden jedesmal auf einem besonderen Zettel verzeichnet, wenn eine allgemeine Körperuntersuchung vorgenommen wird. Angaben über Ernährung usw. werden gleichfalls notiert.

Literatur.

Unser Institut zeichnet sich durch Mangel an populären Schriften und Merkblättern aus. Dadurch wollen wir aber nicht in den Ruf kommen, daß wir der Meinung sind, daß diese und Vorträge keinen Wert haben, denn etwas davon bleibt immer haften. Aber die Erfahrung lehrt, daß die Literatur gewöhnlich keinen Erfolg hat, weil ein großer Teil der Mütter sie gar nicht liest. Eine derartige Literatur kann nicht reich genug an Einzelheiten sein, um für jeden Teil zu passen. Und paßt, was noch wichtiger ist, gewöhnlich nicht für das eigene Kind. In unserem Betrieb hatten wir Gelegenheit und Mittel, die Frauen in ihrem eigenen Haushalt durch persönliche Unterhaltung zu belehren, und wir haben diese Methode ausschließlich angewandt.

Zusammenfassung.

Für jedes Kind besitzen wir eine sozialgeschichtliche Karte, eine Karte für die häusliche Geschichte, eine Karte für die Anfangsuntersuchung in der Klinik und am Ende des Jahres 10 Karten mit seiner fortlaufenden Geschichte.

Nacharbeit.

Diese muß vollständig und zuverlässig sein. Wir stellten die Tatsache fest, daß es besser ist, dieselben 10 Kinder während 9 Monaten zu verfolgen als 30 Kinder während 3 Monaten. 100 Kinder, die ein Jahr lang vollständig verfolgt wurden, gaben uns mehr Aufklärung als 1000 Kinder während einer nur kurzen Zeit. Wir taten dies auf folgende Weise: Nach jedem Kind wurde einmal im Monat irgendwo nachgesehen, entweder auf der Straße, zu Hause oder in der Klinik. Zu diesem Zweck haben wir ein Buch, das ein Verzeichnis der Namen enthält

und mit senkrechten Rubriken für die Monate des Jahres versehen ist. Jedesmal, wenn während eines Monats ein Kind besichtigt wurde, wird neben seinem Namen ein Strich gemacht. Am Ende eines Monats muß jedes Kind wenigstens ein Zeichen hinter seinem Namen haben, sonst wird an die Mutter geschrieben oder dieselbe aufgesucht. Die einzige Weise, auf welche wir die Spur unserer Fälle verlieren, ist die, daß wir, trotz aller erdenklichen Detektivarbeit (Nachfrage bei Freunden, in der Nachbarschaft usw.), die Adresse der Frau nicht ausfindig machen können.

Frequenz.

Auf diese Weise hatten wir vom November 1908 bis November 1909 784 Kinder unter unserer Kontrolle; davon starben 38 und 105 verloren wir aus dem Gesichte. Durchschnittlich war die Besucherzahl in der Klinik 14, die Frequenz während des Jahres 2042; die höchste Ziffer in der Klinik betrug 40. Wir haben eine kleine Tabelle (Tabelle 1) angelegt, um die Wirksamkeit unserer Nacharbeit zu zeigen. Daraus kann man ersehen, daß 41 Kinder, die wenigstens 3mal im Hause und 10mal in der Klinik während eines Jahres besichtigt werden sollten, das sind also 533 Besichtigungen zu verschiedenen Zeiten, tatsächlich 549mal besichtigt wurden.

Tabelle 1.

Nacharbeit.

	Zahl der Kinder	Maximale Hausbesuche	Maximale Klinikbesuche	Maximale Klinik- und Hausbesuche	Gemachte Hausbesuche	Gemachte Klinikbesuche	Gemachte Haus- und Klinikbesuche
12 Monate	41	123	410	533	372	157	549
11 „	87	261	783	1044	721	320	1041
10 „	124	372	992	1364	1165	496	1661
9 „	183	549	1281	1830	1636	790	2426
8 „	233	699	1398	2097	2063	985	3048
7 „	279	837	1394	2241	2473	1246	3719

Personal.

Dieses setzte sich zusammen aus 5 Ärzten und 3 Kinderpflegerinnen.

Gründe für das Nichtstillen.

Zahl der Fälle	784
Tuberkulose .	6

Zu arbeiten hatten 9
Unfähigkeit wegen Krankheit 9
Es glaubten keine Milch zu haben 12
Der Säugling war nicht wohl 11
Schwangerschaft 2

In vielen Fällen, wo die Mütter arbeiteten, legten wir die Brustmahlzeiten so, daß das Kind 2- oder 3mal gestillt wurde, wo es gewöhnlich nur die Flasche erhalten hätte.

Sterblichkeit nach dem Alter.

1 Woche	7	6 Monate	1
2 Wochen	3	7 "	1
3 "	3	8 "	2
4 "	—	9 "	2
2 Monate	9	10 "	—
3 "	5	11 "	—
4 "	2	12 "	—
5 "	3		

Mortalität und Art der Nahrung.

Alter in Monaten	Brust-nahrung	Flasche	Allaite-ment Mixte
1	13	—	—
2	3	4	2
3	1	1	—
4	1	1	—
5	—	2	1
6	1	—	—
7	—	—	1
8	—	2	—
9	—	2	—
10	—	—	—
11	—	—	—
12	—	—	—
	19	15	4

13 unserer Brustkinder starben im 1. Monate.

Todesursachen.

Unsere Sterblichkeitstabelle ist nicht vollständig, denn da unser Betrieb erst ein Jahr existiert, sind unsere Kinder meistens jünger als ein Jahr. Im nächsten Jahre haben wir hoffentlich mehr Angaben über diesen Punkt.

Tabelle I—A.

Morbidität von Brust- und Flaschenkindern.

Monat	Gesamtzahl der Brustkinder	Kranke Brustkinder	Morbiditätsprozentsatz	Gesamtzahl der Flaschenkinder	Kranke Flaschenkinder	Morbiditätsprozentsatz
November	37	1	2·7	1	1	—
Dezember	90	1	1·1	4	4	—
Jänner	137	5	3·6	8	2	25·0
Februar	205	5	2·5	16	2	13·5
März	265	14	5·3	18	5	27·7
April	322	13	3·5	23	4	17·4
Mai	372	26	6·9	26	6	24·0
Juni	454	31	6·8	30	4	13·3
Juli	508	70	13·7	33	18	54·6
August	599	58	9·7	37	24	64·8
September	665	85	12·7	40	9	22·9
Oktober	736	75	10·1	48	11	22·9

Tabellen über Erkrankung von Säuglingen der armen Bevölkerung sind sehr schwer zu erhalten, doch waren wir in der Lage, eine solche annähernd für das ganze Jahr zu gewinnen, und eine gute gerade für den Monat August. Dies wird durch Tabelle I—A illustriert, aus welcher man ersehen kann, daß während dieses Monates die Morbidität unter den Brustkindern sehr wenig größer als zu irgend einer andern Jahreszeit war; jedoch war die Morbidität unter den Flaschenkindern immer größer als die der Brustkinder und im August stieg sie auf 64% aller beobachteten Flaschenkinder. Dies spricht deutlich für den Wert der Brustnahrung bei den Armen.

Im folgenden will ich einige statistische Angaben betreffend die Mortalität bei Säuglingen machen, welche von Interesse und geeignet sind, das Problem und die Ziele, für die wir arbeiten, noch klarer zu zeigen.

Tabelle II.

Das Verhältnis der Säuglingssterblichkeit zu der Gesamtsterblichkeit in New York, Stadt.

Jahr	Säuglings-sterbefälle *	Gesamt-sterbefälle	Säuglings-sterbefälle per 1000 Gesamt-sterbefälle
1890	10.288	40.236	255·6
1891	11.241	43.659	257·0
1892	11.396	44.317	257·1
1893	11.106	44.479	249·6
1894	10.824	41.311	262·0
1895	11.267	43.419	259·7
1896	10.677	41.652	256·3
1897	10.014	38.857	257·7
1898	10.163	40.370	251·7
1899	9.155	39.950	229·1
1900	10.008	43.211	231·6
1901	9.348	43.356	215·6
1902	9.481	41.705	227·3
1903	8.922	41.780	213·5
1904	10.127	48.693	213·5
1905	10.318	45.199	228·2
1906	10.493	46.108	227·5
1907	10.646	47.698	223·1
1908	10.074	44.061	228·5

Säuglingstodesfälle per 1000 Gesamttodesfälle:

1890 bis 1894	256·3
1895 „ 1899	250·9
1900 „ 1904	240·3
1904 „ 1908	251·8

Tabelle III.

Das Verhältnis der Säuglingstodesfälle zu den Geburten in New York, Stadt.

Jahr	Geburten	Tod unter 1 Jahr	Säuglings-sterb-lichkeits-ziffer
1890	39.250	10.288	262·0
1891	46.304	11.241	242·0
1892	49.447	11.596	234·4
1893	51.529	11.106	215·5
1894	55.636	10.824	194·5
1895	53.731	11.267	209·7
1896	55.623	10.677	191·9
1897	45.089	10.014	183·3
1898	53.359	10.163	190·4
1899	52.068	9.155	175·7
1900	54.616	10.068	183·2
1901	54.013	9.348	191·0
1902	57.511	9.481	164·8
1903	62.131	8.922	143·6
1904	65.229	10.127	155·2
1905	66.862	10.318	154·0
1906	70.311	10.493	149·1
1907	74.258	10.646	143·0
1908	76.480	10.074	130·4

Säuglingstodesfälle per 1000 Geburten.

1890 bis 1894	228·8
1895 „ 1899	190·2
1900 „ 1904	167·6
1905 „ 1908	146·3

Schloßmann zeigt, daß bei einer hohen Sterblichkeit im ganzen Jahr die Sterblichkeit während des ersten Monats gering und bei einer geringen Sterblichkeit im ganzen Jahr die Sterblichkeit im ersten Monat hoch ist. Dies beweist endgültig, daß eine hohe jährliche Mortalität nicht durch Krankheiten und Zufälle bei der Geburt, sondern durch Bedingungen der späteren Lebensmonate verursacht ist.

Tabelle IV.

Ursachen der Todesfälle unter einem Jahr in New York (Stadt).

Krankheit	1890	1895	1900	1905	1907
a) Krämpfe	462	473	415	360	304
b) Gastritis	49	116	61	20	13
c) Durchfall	3.077	3.249	2.713	2.872	2.990
d) Lebensschwäche	744	802	760	2.346	2.598
e) Atrophie	1.272	1.414	1.467	398	491
1. Gesamtzahl d. o. Fälle	5.604	6.052	5.416	6.196	6.388
2. Fälle überhaupt	10.288	11.267	10.008	10.318	10.646
Prozente (1) zu (2)	54·8	53·8	54·1	60·0	60·0
Krämpfe ausgenommen	49·9	49·5	49·9	56·5	57·1

Ich habe die Todesfälle in 2 Gruppen gestellt: 1. solche, die auf Ernährungsstörungen und 2. solche, die auf andere Ursachen zu beziehen sind. Man wird ersehen, daß die der Gruppe 1 im Wachsen sind, selbst wenn wir Krämpfe ausschließen, die vielleicht auf angeborene Ursachen zurückgeführt werden können. 1890 waren 49·9% der Todesfälle auf Ernährungsstörungen zu beziehen und 1907 57·1% auf die gleichen Ursachen. Daß dasselbe Verhältnis in England besteht, kann aus einer Tabelle in Allbutts System of Medicine Vol. I ersehen werden: 1873 und 1877 wurden 30·4% der Gesamttodesfälle in Städten auf Ernährungskrankheiten zurückgeführt. 1898 und 1902 wurden 48·3% auf diese Ursachen zurückgeführt. In ländlichen Gegenden starben 1873 und 1877 30·8% an Ernährungskrankheiten und 1898 und 1902 46·8%; eine Zunahme von 16% wurde also diesen Faktoren zugeschrieben. Diese Zunahme glauben wir einer Abnahme an Brustnahrung zu verdanken, obwohl wir keine Angaben besitzen, die das beweisen.

Tabelle V.

Mortalität in New York (Stadt) im Juli 1909 in den Altersmonaten unter 1 Jahr.

Alter	Es starben an Ernährungs-störungen	Es starben aus anderen Ursachen	Alter	Es starben an Ernährungs-störungen	Es starben aus anderen Ursachen
1 Woche	11	99	6 Monate	31	3
2 Wochen	11	19	7 „	35	12
3 „	17	7	8 „	28	11
4 „	32	17	9 „	25	15
2 Monate	54	11	10 „	23	11
3 „	43	9	11 „	14	16
4 „	35	3	12 „	13	15
5 „	31	6			

Tabelle VI.

Mortalität in New York (Stadt) für den August 1909 in den Altersmonaten unter 1 Jahr.

Alter	Es starben an Ernährungs-störungen	Es starben aus anderen Ursachen	Alter	Es starben an Ernährungs-störungen	Es starben aus anderen Ursachen
1 Woche	15	139	6 Monate	53	13
2 Wochen	24	24	7 „	41	12
3 „	27	19	8 „	41	18
4 „	109	30	9 „	43	17
2 Monate	84	12	10 „	42	16
3 „	66	8	11 „	29	15
4 „	70	7	12 „	33	13
5 „	54	7			

Gesamtzahl der Todesfälle unter einem Jahr, die auf Ernährungskrankheiten zu beziehen sind 731

Gesamttodesfälle unter einem Jahr aus allen Ursachen . 1081

67·6% der Todesfälle sind auf Ernährungskrankheiten zu beziehen.

1/4 aller Todesfälle ereignete sich in den ersten 5 Tagen.

1/2 aller Kinder starb vor dem Alter von 3 Monaten.

Tabelle VII.

Mortalität in New York (Stadt) im August 1907 in den Altersmonaten unter 1 Jahr.

Alter	Es starben an Ernährungsstörungen	Es starben aus anderen Ursachen	Alter	Es starben an Ernährungsstörungen	Es starben aus anderen Ursachen
1 Woche	21	109	6 Monate	89	20
2 Wochen	23	15	7 „	69	14
3 „	25	20	8 „	72	15
4 „	96	10	9 „	53	16
2 Monate	118	15	10 „	63	20
3 „	100	9	11 „	40	31
4 „	89	10	12 „	24	18
5 „	74	10			

Gesamtzahl der Todesfälle im August 1907 1230

Gesamtzahl der Todesfälle, die auf intestinale Krankheiten zu beziehen sind 952

Gesamtzahl der Todesfälle, die auf intestinale Krankheiten zu beziehen sind . . . . 74·3%

1/14 der Säuglinge starb einige Tage nach der Geburt.

45% der Säuglinge starb vor dem Alter von 3 Monaten.

30% der Säuglinge starb in der vierten Woche, im 2., 3. und 4. Monat.

Tabelle VIII.

Sterblichkeit in New York (Stadt) im Februar 1909 in den Altersmonaten unter 1 Jahr.

Alter	Es starben an Ernährungsstörungen	Es starben aus anderen Ursachen	Alter	Es starben an Ernährungsstörungen	Es starben aus anderen Ursachen
1 Woche	8	141	6 Monate	14	21
2 Wochen	14	25	7 „	10	29
3 „	15	9	8 „	6	26
4 „	44	41	9 „	2	19
2 Monate	21	15	10 „	4	31
3 „	21	25	11 „	4	23
4 „	15	20	12 „	—	13
5 „	15	23			

Gesamtzahl der Todesfälle im Februar 1909 659

Gesamtzahl der Todesfälle, die auf intestinale Krankheiten zu beziehen sind 193

Gesamtzahl der Todesfälle, die auf intestinale Krankheiten zu beziehen sind . . . . 29·2%

$^1/_3$ der Säuglinge starb einige Tage nach der Geburt.

Die Hälfte starb vor dem Alter von 3 Monaten.

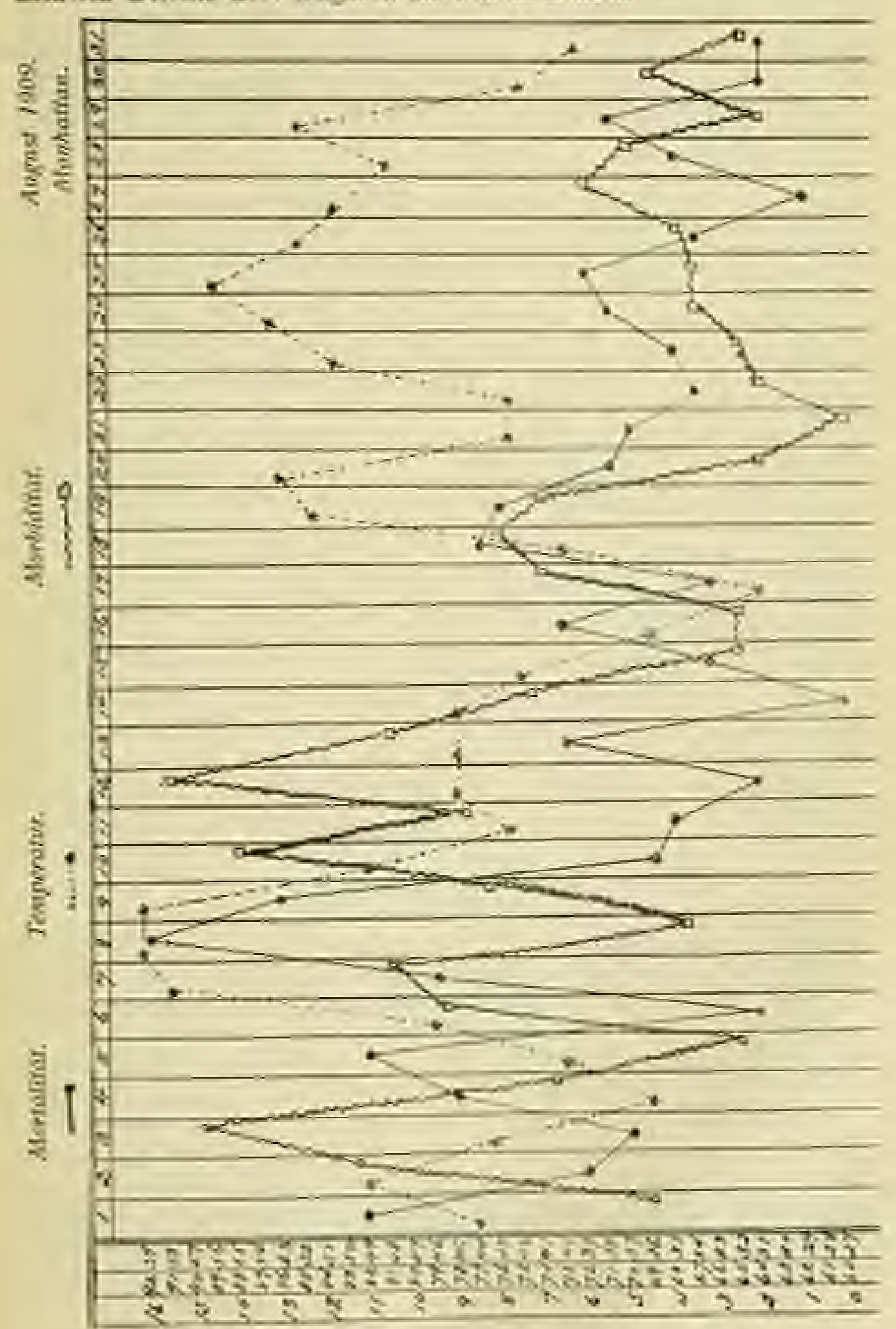
15% der Säuglinge starben in der 4. Woche, im 2., 3. und 4. Monat.

Die Tabellen V, VI, VII und VIII wurden durch das Studium der Todesscheine von Kindern erhalten, welche unter 1 Jahr in New York (Stadt) in den Monaten Februar, Juli und August 1909 und August 1907 starben. Die Daten wurden in 2 Gruppen geteilt und in zwei Parallelrubriken gestellt. Die in der einen Rubrik sind auf Erkrankungen zu beziehen, die ich im vorausgehenden als mit der Ernährung im Zusammenhange stehend bezeichnete, und in der zweiten Rubrik solche, die auf andere Ursachen zu beziehen sind. Die erste Tatsache, die uns bei der großen Zahl von Todesfällen während der 1. Lebenswoche auffällt, ist die, daß die Tabellen im Februar am größten sind. Dies kann auf die Kälte bezogen werden zusammen mit den gewöhnlichen Ursachen, wie Geburtstraumen, kongenitale Defekte, kongenitale Schwäche und Krankheiten des Neugeborenen. Es ist die Aufgabe von Arzt und Hebamme, diese Sterblichkeit herabzusetzen, und wir suchen dies in unserer Anstalt dadurch zu bewirken, daß wir die Mutter zu ihrer Entbindung in die besten gesundheitlichen Verhältnisse bringen und ihr bei der Geburt geeignete Hilfe gewähren. In der 2. und 3. Lebenswoche ist die Sterblichkeit sehr niedrig, doch wächst sie in der Rubrik der Ernährungskrankheiten sehr rasch in der 4. Woche. Dies ist charakteristisch für alle Monate, sogar für den Februar, und wurde gleichfalls von Groth in München beobachtet. Die Zahlen wachsen weiter während des 2., 3., 4. und sogar hinaus bis während des 6. Monats, doch fällt die Sterblichkeit besonders in der 4. Woche und im 2. Monat auf und kann durch die Tatsache erklärt werden, daß zu dieser Zeit so viele Kinder entwöhnt werden. Die Gesamtzahl der Todesfälle war im Juli 677, im August 1081 und im August 1907 1280. 62·67% und 74% davon waren auf Ernährungskrankheiten zu beziehen. Ein Sechstel, ein Siebentel und ein Zehntel aller dieser Todesfälle in den verschiedenen Monaten ereigneten sich in den ersten Tagen nach der Geburt. Beinahe 50%, 30% und 40% starben im Juli und August 1909 respektive im August 1907, bevor sie das Alter von 3 Monaten erreicht hatten; 27% starben im Juli im Alter von 4 Wochen, 2, 3 und 4 Monaten, 30% im gleichen Alter im August 1907 und 1909, und zwar ausschließlich an Ernährungskrankheiten. Im Februar indessen starben nur 15% an Ernährungskrankheiten. Diese Differenz ist auf die heiße Witterung und ihren Einfluß auf die Nahrung zu beziehen, denn in der ganzen Welt beträgt die Sterblichkeit der

Brustkinder 6 bis $7\frac{1}{2}$. Die hierzu kommenden $9\frac{3}{4}$ im Winter sind zweifellos ausschließlich auf den Mangel an Brustnahrung zu beziehen. Mit anderen Worten scheint die kritische Zeit bezüglich der Verdauungskrankheiten der Kinder die 4. Woche, der 2., 3. und 4. Monat, möglicherweise bis zum 6. Monat zu sein.

Wie wohl bekannt ist, stirbt der größere Teil der Kinder zur Sommerszeit und gibt es einen charakteristischen Anstieg der Sterblichkeit während der drei oder vier heißen Monate. Schloßmann stellte fest, daß, wo die Sterblichkeit für das ganze Jahr hoch war, dieser Sommeranstieg nicht so akut verlief und das Anwachsen nicht so groß, aber wo die Kindersterblichkeit für das ganze Jahr niedrig war, der Anstieg im Sommer höher war. Für diesen Anstieg wurden verschiedene Ursachen beschuldigt, schlechte Milch, Sommerhitze usw. Wir haben (s. Fig. Seite 15) die tägliche Sterblichkeit von New York-Stadt festgestellt, außerdem seine tägliche Temperatur und die tägliche Morbidität unserer eigenen Säuglinge während des Monats August. Bei Betrachtung dieser Kurven werden wir sehen, daß die erste Hälfte des Monats durch einen raschen Anstieg der Temperatur gekennzeichnet war, während die zweite Hälfte sich durch eine gleichmäßige Hitze auszeichnete. Zunächst fällt uns auf, daß, wo die Morbiditätskurve hoch ist, wie am 3. August, die Mortalität niedriger ist. Am 5., wo die Mortalität hoch ist, ist die Morbidität gering und am 8., wo die Mortalität erschreckend hoch ist, ist die Morbidität wieder gering; daraus ersieht man, daß die Mortalität nur wenige Tage nach der hohen Morbidität anstieg. Vergleicht man die Temperatur mit der Mortalität, so sieht man, was schon von anderen in Deutschland und kürzlich von Finkelstein konstatiert wurde, daß die hohe Sterblichkeit nur 24 Stunden später kommt, nachdem die Temperatur ihre Höhe erreicht hat, nach einem vorangegangenen Tag von sehr geringer Morbidität. Am 6. August betrug die Zahl der sterbenden Kinder in New York 27, ansteigend auf 42 pro Tag am 7. und auf 59 am 8. August, stets 24 Stunden nach dem Anstieg der Temperatur. Dies kann schwerlich auf Gastro-Enteritis bezogen werden, denn wie Finkelstein richtig sagt, tötet diese Krankheit ziemlich selten in 24 Stunden, sondern wird wahrscheinlich durch Hitzschlag bewirkt, welcher durch die überhitzten Zimmer der Armen und die verringerte Widerstandskraft der Flaschenkinder gegenüber hoher Temperatur verursacht wird; diese ist bedingt durch eine große Labilität ihres wärmeregulierenden Apparates, der durch die Attacken von Ernährungsstörungen geschwächt ist (Finkelstein). Hammerl hat gezeigt, daß die Temperatur in den Zimmern und an den Wänden der Wohnungen der Armen fast der Maximaltemperatur im Freien gleichkommt. Diese Tatsache erhellt die Wichtigkeit von großen und luftigen Räumen für die Armen, um den verhängnisvollen Hitzschlag zu verhüten. In unseren folgenden Statistiken haben wir versucht, Mortalitätskurven zu gewinnen in bezug auf die Art der gemieteten Wohnungen, ob neu oder alt, doch wurden durch ein Mißverständnis die Wohnungen ungenau klassifiziert und so

konnten die Feststellungen nicht benutzt werden. Wir hoffen, in unserem nächsten Bericht diese Angaben machen zu können.



Ich war in der glücklichen Lage, bei den folgenden Statistiken die sozialen Verhältnisse von 680 Familien feststellen zu können, und habe mit Hilfe von Herrn William H. Russell Karten zusammengestellt, die sicherlich von Interesse sind. Diese 680 Familien hatten insgesamt 2549 Kinder mit einer Geburtszahl von 3·74 pro Familie. Durch den Tod von 314 Säuglingen ergab sich eine Säuglingsmortalitätszahl von 123·6 pro Mille.

Tabelle IX.

Säuglingssterblichkeit in bezug auf die Schulkenntnisse der Eltern.

	Beide mit Kenntnis	Mutter nicht	Vater nicht	Beide ohne Kenntnis	Ohne Angabe	Im ganzen
Zahl der Karten	358	167	23	113	19	680
Zahl der Kinder	1297	612	90	458	83	2540
Geburtsziffer pro Familie	3·5	3·7	2·6	4·1	—	3·74
Zahl der Säuglingstodesfälle	144	69	11	79	11	314
Säuglings-Mortalitätsziffer pro Mille	111	112	122	172	—	123·6
Zahl d. Fehlgeburten usw.	150	48	12	43	6	259
Ziffer d. Fehlgeburten usw. pro 1000 Schwangerschaften	103	73	118	86		92·5
Prozente der Gesamtzahl der Karten	54·2	25·2	3·5	17·1	—	100

Tabelle IX zeigt die Mortalität, in Beziehung gebracht zu den Schulkenntnissen der Eltern. Obwohl die Zahl der benutzten Karten verhältnismäßig klein ist und somit einige fühlbare Irrtümer enthält, ist doch das gewonnene Resultat so auffallend, daß es sicherlich von Interesse und zweifellos allen denjenigen, die sich mit einer derartigen Arbeit beschäftigen, von Wert ist. So sehen wir aus Obigem, daß von 358 Familien, wo beide Eltern Schulkenntnisse besaßen, die Mortalitätsziffer 111 pro 1000 Geburten betrug; wo beide keine Kenntnisse hatten, war die Mortalität 172 per 1000 Geburten; daraus ersieht man deutlich, daß, wo genügend Intelligenz für Schulkenntnisse vorhanden ist, größere Sorgfalt auf die Kinder verwandt wird und die Mortalität geringer ist. In 23 Familien, in denen der Vater nichts gelernt hatte, aber die Mutter wohl, scheint die Mortalität etwas größer zu sein als da, wo die Mutter nichts gelernt hatte, doch ist die Zahl zu klein, um in Betracht zu kommen. Es ist interessant, aus dieser Karte zu konstatieren, daß für

die Ziffer der Fehlgeburten gerade das Gegenteil gilt, denn wo beide Eltern Schulkenntnisse besitzen, ist die Ziffer höher, als wo dies bei beiden nicht der Fall ist.

Tabelle X.

Säuglingssterblichkeit in bezug auf den Geldverdienst der Mutter.

	Ja	Nein	Keine Auskunft	Im ganzen
Zahl der Karten	160	519	1	680
Zahl der Kinder	646	1891	3	2540
Geburtsziffer pro Familie	4·0	3·6	—	3·74
Zahl der Säuglingstodesfälle	106	208	—	314
Säuglingsmortalitätsziffer	164	110	—	123·6
Zahl der Fehlgeburten usw.	67	192	—	259
Ziffer der Fehlgeburten usw.	94	92	—	92·5
Prozente der Gesamtzahl der Karten	23·5	76·5	—	100·0

Tabelle X ist sehr interessant in bezug auf die soziale Arbeit, die wir durchzuführen trachten. Die Sorge vor der Geburt erstrebt, wie ich vorhin dargetan habe, über diese Mütter möglichst früh in der Schwangerschaft Einfluß zu gewinnen und sie soviel wie möglich in der Zeit vor der Geburt sich schonen zu lassen. Bei 160 Frauen, die bis zum letzten Tag ihrer Schwangerschaft zu arbeiten hatten, betrug die Kindermortalität 164, während bei 519 Müttern, die nicht zu arbeiten brauchten, die Mortalität nur 110 betrug. Dies zeigt uns sehr gut den Einfluß der Arbeit während der letzten Schwangerschaftsmonate auf die Kindersterblichkeit.

Tabelle XI.

Säuglingssterblichkeit in bezug auf die Zahl der Bewohner pro Zimmer.

	1	2	3	4 und mehr	im ganzen
Zahl der Karten	358	262	46	14	680
Zahl der Kinder	978	1241	255	66	2540
Geburtsziffer pro Familie	2·7	4·7	5·6	4·7	3·74
Zahl der Säuglingstodesfälle	143	135	31	5	314
Säuglingsmortalitätsziffer	146	109	122	76	123·6

	1	2	3	4 und mehr	im ganzen
Zahl der Fehlgeburten usw.	107	121	24	7	295
Ziffer der Fehlgeburten usw.	98	89	86	96	92·5
Prozente der Gesamtzahl der Karten	52·6	38·5	6·8	2·1	100·0

Tabelle XI zeigt die Säuglingssterblichkeit in bezug auf die Zahl der Menschen pro Raum. Sie ist wertlos für unsere Sammlung, denn sie ist augenscheinlich ungenau, und die Zahl der benutzten Karten, wo drei und vier Leute in einem Raum lebten, war so klein, daß sie nicht in Rechnung gezogen werden kann.

Tabelle XII.

Säuglingssterblichkeit in bezug auf die allgemeine Intelligenz der Mutter.

	Anschläge						Keine Angabe	Im ganzen
	0–25	25–50	50–75	75–100	ungenügend 0–75	genügend 75–100		
Zahl der Karten	24	351	237	67	612	67	1	680
Zahl der Kinder	87	1349	890	210	2326	210	4	2540
Geburtsziffer pro Familie	3·6	3·8	3·8	3·1	3·8	3·1	—	3·74
Zahl der Säuglingstodesfälle	10	164	119	21	293	21	—	314
Säuglingsmortalitätsziffer	115	122	134	100	126	100	—	123·6
Zahl der Fehlgeburten usw.	7	109	97	46	213	46	—	259
Ziffer der Fehlgeburten usw.	74	75	98	180	84	180	—	92·5
Prozente der Gesamtzahl der Karten	3·5	51·7	34·8	10·0	90·0	10·0	—	100·0

In Tabelle XII haben wir versucht, eine Beziehung zwischen der Säuglingssterblichkeit und der allgemeinen Intelligenz der Mutter heraus-

zufinden. Der Anschlag von 25%, 50% und 75% war zu niedrig, um zufriedenstellend zu sein. Wir haben daher jede Intelligenz unter 75% als ungenügend beobachtet und von 75%—100% als genügend. 612 Mütter wurden in die erste Gruppe und nur 67 in die letzte geteilt; dies zeigt sehr deutlich, wie die Intelligenz der Mütter beschaffen war, mit denen wir es zu tun hatten. Bei den Müttern mit ungenügender Intelligenz war die Mortalitätsziffer 126 per 1000 und bei denen mit genügender Intelligenz betrug sie nur 100 per 1000.

Tabelle XIII.

Säuglingssterblichkeit in bezug auf die Kenntnisse der Mutter über Säuglingshygiene.

	Anschlag						Keine Angabe	Im ganzen
	0–25	25–50	50–75	75–100	ungenügend 0–75	genügend 75–100		
Zahl der Karten	34	457	172	7	491	179	10	680
Zahl der Kinder	153	1749	601	20	1902	621	17	2540
Geburtsziffer pro Familie	4·5	3·8	3·5	2·9	3·9	3·5	—	3·74
Zahl der Säuglingstodesfälle	27	207	72	6	234	78	2	314
Säuglingsmortalitätsziffer	176	118	120	—	122	125	—	123·6
Zahl der Fehlgeburten usw.	18	163	58	14	181	72	6	259
Ziffer der Fehlgeburten usw.	105	85	88	—	87	104	—	92·5
Prozente der Gesamtzahl der Karten	5·1	68·2	25·7	1·0	73·3	26·7	—	100·0

Die Kenntnisse über Säuglingshygiene in bezug auf die Säuglingssterblichkeit werden durch Tabelle XIII illustriert. Hier betrug bei ungenügendem Anschlag die Mortalität 122 und bei genügendem 125. Danach will es erscheinen, als ob diese Kenntnisse nicht besonders wichtig für die Armen sind. Doch möchte ich dies nicht behaupten, denn sicherlich ist es schwierig, nach Prozenten anzugeben, wieviel Kenntnisse gerade eine Frau von Säuglingshygiene besitzt. Andere soziale Bedingungen spielen sicherlich eine größere Rolle bei der Säuglingssterblichkeit als die obige.

Tabelle XIV.

Säuglingssterblichkeit in bezug auf die Nationalität der Eltern.

	Zahl der Karten	Zahl der Kinder	Geburtenziffer pro Familie	Zahl der Säuglingstodesfälle	Säuglingsmortalitätsziffer	Zahl der Fehlgeborenen	Ziffer der Fehlgeborenen	Procente der Gesamtzahl der Karten
Beide Eltern in den Vereinigten Staaten geboren.								
Heiden	78	289	3·7	47	162	50	148	
Farbige	14	43	3·1	6	140	6	122	
beide Juden	2	6	—	1	—	1	—	
Mutter Jüdin	1	1	—	—	—	—	—	
Vater Jude	1	1	—	—	—	—	—	
Im ganzen	96	340	3·5	54	159	57	144	14·1
Mutter Ausländerin.								
Heide	21	73	3·5	6	82	15	170	
farbig	1	1	—	—	—	—	—	
jüdisch	8	38	—	7	—	2	—	
Im ganzen	30	112	3·7	13	116	17	132	4·4
Vater Ausländer.								
Heide	17	53	3·1	8	151	16	231	
farbig	1	3	—	1	—	1	—	
jüdisch	2	3	—	—	—	—	—	
Im ganzen	20	59	3·0	9	152	17	233	2·9
Beide Eltern Ausländer.								
jüdisch	422	1517	3·6	167	110	106	65	
Irländer	39	164	4·7	19	103	22	107	
Italiener	14	85	6·1	9	106	12	124	
Farbige	13	29	2·2	6	206	3	94	
Mischlinge	45	209	—	37	—	25	—	
Im ganzen	533	2024	3·8	238	117	168	77	78·6
Keine Angabe gemacht	1	5	—	—	—	—	—	
Im ganzen	680	2540	3·71	314	123·6	259	92·5	100·0

Tabelle XIV ist äußerst interessant, da sie die Beziehung zwischen Nationalität und Säuglingssterblichkeit zeigt. In 96 Familien, wo beide Eltern in den Vereinigten Staaten geboren waren, betrug die Mortalität 159; wo, wie in 30 Familien, die Mutter Ausländerin war, war die Ziffer 116; wo der Vater Ausländer und die Mutter in den Vereinigten Staaten geboren war, war die Ziffer wieder hoch, nämlich 152 per 1000 Geburten. Wo beide Eltern Ausländer waren, war die Mortalitätsziffer 117. Diese niedrige Mortalität bei Müttern von fremder Herkunft ist zweifellos dem Umstand zu verdanken, daß diese Frauen ausgezeichnet stillen können. Unserer Meinung nach ist ein Teil der Verminderung der Säuglingssterblichkeit, soweit es New York betrifft, dem Zuströmen von fremder Bevölkerung zuzuschreiben.

Tabelle XV

Säuglingssterblichkeit in bezug auf den annähernden Durchschnittsverdienst der Familie.

	Zahl der Karten	Zahl der Kinder	Geburtenziffern per Familie	Zahl der Säuglingstodesfälle	Säuglingsmortalitätsziffer	Zahl der Fehlgeburten usw.	Ziffer der Fehlgeburten usw.	Prozente d. Gesamtzahl der Karten
5 Dollar oder weniger per Woche	41	152	3·7	36	236	21	122	6·1
6 bis 10 Dollar	445	1604	3·6	198	124	150	86	65·3
11 bis 15 Dollar	161	645	4·0	66	102	65	91	24·0
Mehr als 15 Dollar	20	92	4·6	6	65	16	148	3·0
Kein Verdienst — Wohltätigkeit	4	21	5·3	1	50	5	192	0·6
Keine Auskunft erteilt	9	26	—	7	—	2	—	—
Im ganzen	680	2540	3·74	314	123·6	259	92·5	100·0

Tabelle XV ist sehr wichtig, indem sie die Säuglingssterblichkeit in bezug auf den Durchschnittsverdienst der Familie zeigt. Von 41 Familien, wo der Verdienst weniger als 5 Dollar per Woche betrug, war die Säuglingssterblichkeit 236 per 1000 Geburten; bei einem Verdienst von 6 bis 10 Dollar per Woche betrug die Sterblichkeit 124; 11 bis 15 Dollar per Woche 102, über 15 Dollar 65 per 1000 Geburten. Dies zeigt sehr deutlich, daß die Verdienstfähigkeit einer Familie einen sehr wichtigen Faktor bei der Säuglingssterblichkeit bildet. Zweifellos kann man die Säuglingssterblichkeit fortwährend erniedrigen, wenn man den

Letzten einen ausreichenden Lohn gibt, da man so die Notwendigkeit zu arbeiten bei stillenden und schwangeren Frauen ausschließt und ihnen ausreichende Nahrung verschafft, daß sie ihre Kinder stillen können.

Tabelle XVI.

Säuglingssterblichkeit in bezug auf die Zahl der lebend geborenen Kinder.

Zahl der lebend geborenen Kinder pro Familie	Zahl der Kinder	Zahl der Kinder in Gruppe	Prozente der Gesamtzahl	Zahl der Säuglingstodesfälle in Gruppe	Säuglingssterblichkeitsziffer in Gruppe	Durchschnitt der Säuglingsmortalitätsziffer	Prozente der Gesamtzahl der Kinder
—	1	—	—	—	—	—	—
1	97	97	3·8	1	10	—	—
2	144	288	11·3	19	66	77	69·4
3	123	369	14·5	30	81	—	—
4	107	428	16·8	41	96	—	—
5	71	355	14·0	45	127	127	10·4
6	59	354	14·0	67	189	—	—
7	29	203	8·0	33	163	—	—
8	19	152	6·0	16	105	—	—
9	15	135	5·3	28	207	170	20·2
10	9	90	3·5	15	166	—	—
11	5	55	2·2	9	164	—	—
12	—	—	—	—	—	—	—
13	—	—	—	—	—	—	—
14	1	14	0·6	10		—	—
Im ganzen	680	2540	100·0	314	123·6	—	100·0

Die Säuglingssterblichkeit in bezug auf die Zahl der lebend geborenen Kinder zeigt sehr deutlich, daß, je mehr Kinder eine Familie hat, um so höher die Mortalität ist. In Familien mit 0 bis 5 Kindern betrug die Mortalität 77 per 1000; 5 bis 9 127 per 1000 und über 9 betrug die Mortalität 170 per 1000. Es ist eine wohlbekannte Tatsache, daß in den meisten Gemeinden die Todesziffer um so größer ist, je

größer die Geburtsziffer. Doch gibt es einige Ausnahmen, denn in einer Provinz im östlichen Teile Deutschlands gibt es eine sehr niedrige Säuglingssterblichkeitsziffer bei einer hohen Geburtsziffer. Dies ist dem Umstande zuzuschreiben, daß es in dieser Provinz einen hohen Prozentsatz der Ernährung an der Brust und eine lange Dauer der Ernährung an der Brust gibt. (Die Stillungsnot von Dr. Bluhm).

Tabelle XVII.

Kindersterblichkeit in bezug auf die Zahl der lebend geborenen Kinder.

Zahl der lebend geborenen Kinder per Familie	Zahl der Karten	Zahl der Kinder in Gruppe	Prozente der Gesamtzahl	Zahl der Kindertodesfälle in Gruppe	Kindersterblichkeitsziffer in Gruppe	Durchschnitt der Kindersterblichkeitsziffer	Prozente der Gesamtzahl der Karten
—	1	—	—	—	—	—	—
1	97	97	3·8	1	13		—
2	144	288	11·4	22	76	96	69·4
3	123	369	14·5	39	106	—	—
4	107	428	16·8	52	122		—
5	71	355	14·0	68	191	191	10·4
6	59	354	14·0	76	220	—	—
7	29	203	8·0	49	241	—	—
8	19	152	6·0	22	145	—	—
9	15	135	5·3	47	348	236	20·2
10	9	90	3·5	19	211	—	—
11	5	55	2·2	13	236	—	—
12	—	—	—	—	—	—	—
13	—	—	—	—	—	—	—
14	1	14	0·6	10	714	—	—
Im ganzen	680	2540	100·0	418	164·6	—	100·0

Tabelle XVII zeigt die Kindersterblichkeit; darunter sind Todesfälle von Kindern unter 5 Jahren zu verstehen. Bei 0 bis 3 Kindern in der Familie war die Todesziffer 96 per 1000, 5 in der Familie 191 per 1000, 5 bis 10 in der Familie 236 per 1000.

Tabelle XVIII.

Säuglingssterblichkeit in bezug auf die per Monat bezahlte Miete.

	Zahl der Karten	Zahl der Kinder	Geburtsziffer per Familie	Zahl der Säuglingstodesfälle	Säuglingsmortalitätsziffer	Zahl der Fehlgeburten usw.	Ziffer der Fehlgeburten usw.	Prozente der Gesamtzahl der Karten		
Keine Miete bezahlt	72	305	4·2	49	160	33	98	10·6	—	—
5 Doll. u. weniger	14	40	2·9	11	350	4	91	2·1	45·2	116
6 bis 10 Doll.	282	975	3·5	91	93	105	97	41·5	—	—
11 „ 15 „	271	1032	3·8	145	141	95	84	39·6	—	—
16 „ 20 „	36	151	4·4	13	83	19	108	5·3	54·8	131
Über 20 Doll.	6	31	5·2	2	65	3	88	0·9	—	—
Im ganzen	680	2540	3·74	314	123·6	259	92·5	100·0	100·0	—

Tabelle XVIII, welche die Mortalität in bezug auf die bezahlte Miete zeigt, stimmt schön mit der Verdienstfähigkeit überein, denn je bequemer die Wohnungen sind, um so geringer ist die Sterblichkeit. Die durchschnittlich per Monat bezahlte Miete betrug 11·80 Dollars.

Tabelle XIX.

Säuglingssterblichkeit in bezug auf die Art der Ernährung der Mutter.

	Schlecht	Spärlich	Ziemlich gut	Gut	Im ganzen
Zahl der Karten	1	53	564	62	680
Zahl der Kinder	9	208	2116	207	2540
Geburtsziffer der Familie	9·0	3·9	3·8	3·3	3·74
Zahl der Säuglingstodesfälle	6	30	261	17	314
Säuglingssterblichkeitsziffer	—	144	124	62	123·6
Zahl der Fehlgeburten usw.	—	19	196	44	259
Ziffer „ „	—	84	85	171	92·5
Prozente der Gesamtzahl der Karten	0·1	7·8	83·0	9·1	100·0

Tabelle XIX zeigt die Beziehung der Säuglingssterblichkeit zu der Art der Ernährung, welche die Mutter hatte. Wenn sie spärlich war, betrug die Mortalitätszahl 144, war sie ziemlich gut, 124, und wenn sie gut war, betrug die Todeszahl nur 52 per 1000 Geburten. Daraus erfolgt,

daß gute Nahrung für die Mutter zweifelsohne den Kindern, die geboren werden, eine größere Resistenz verschafft und zweifellos diese Mütter befähigt, ihre Kinder zu stillen.

Tabelle XX.

Säuglingssterblichkeit in bezug auf die Zahl der von einer Familie bewohnten Zimmer.

	1	2	3	4	5	6	7	8	Im ganzen
Zahl der Karten	31	33	314	251	41	8	1	1	680
Zahl der Kinder	86	112	1023	1069	212	35	2	1	2540
Geburtsziffer der Familie	2·8	3·4	3·2	4·3	5·2	4·4	—	—	3·74
Zahl der Säuglingstodesfälle	8	28	120	129	25	4	—	—	314
Säuglingssterblichkeitsziffer	93	250	117	120	118	115	—	—	123·6
Zahl der Fehlgeburten usw.	16	16	99	108	15	4	1	—	259
Ziffer der Fehlgeburten usw.	157	125	88	92	66	103	—	—	92·5
Prozente d. Gesamtzahl der Karten	4·6	4·9	46·2	36·9	6·0	1·2	0·1	0·1	100·0
		55·7				44·3			
		128				120			

Die gemäß der Zahl der von einer Familie bewohnten Zimmer ausgerechnete Säuglingssterblichkeit schien nicht so ins Gewicht zu fallen, wie wir erwartet hatten. Ich füge diese Karte zur Besichtigung bei und hoffe, daß wir in unserem nächsten Bericht eine etwas andere Kurve erhalten. Diesmal betrug die Säuglingssterblichkeit 128 per 1000 bei einem bis drei von einer Familie bewohnten Zimmern; und das machte 55 Perzent von allen Familien aus. Bei der übrigen Zahl von Karten, wo die Familien 4 bis 6 Zimmer bewohnten, war die Mortalitätsziffer 120 per 1000.

Säuglingssterblichkeit in bezug auf die Ernährung des Säuglings.

Die Säuglingssterblichkeit in bezug auf die Ernährung des Säuglings festzustellen, ist eine der wichtigsten Faktoren unseres Betriebes, denn wir können sicher sein, daß das wirksamste Mittel zur Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit darin besteht, die Kinder so lange an der Brust zu halten, als für ihr Wohlergehen erforderlich ist. Es mag unmöglich

sein, dies in großer Ausdehnung zu erreichen, ohne eine der eben erwähnten sozialen Bedingungen zu bessern, jedoch kann sicherlich eine Verminderung der Ernährung an der Brust verhindert werden, wenn man eine Anzahl ähnlicher Kliniken wie die unsrige errichtet. Wir können hoffen, unsere Frauen wenigstens zu veranlassen, ihre Kinder eine längere Zeit hindurch zu ernähren und so die Mortalitäts- und Morbiditätsziffer im Sommer nennenswert zu verkleinern und die Todesfälle zu vermindern, als deren Ursachen ich Ernährungskrankheiten nannte. Unsere erste Aufgabe muß darin bestehen, Kenntnisse betreffs der Häufigkeit und Dauer des Stillens in New York zu erlangen. Viele Methoden sind gebräuchlich gewesen, z. B. die Nachfrage bei Hausarzt und Hebamme. Diese Methode wurde von Denecke und Thorn in Magdeburg ausgeführt, die zeigten, daß 81 Prozent überhaupt an die Brust gelegt und 61 Prozent während 3 Monaten gestillt wurden. Die Mütter wurden nach ihren früheren Kindern gefragt, doch fanden wir diese Angaben sehr ungenau, denn bei diesen Frauen sind oft die Ursachen des Todes der früheren Kinder unbekannt und noch weniger die Zahl der Monate, während welchen die Kinder gestillt wurden. Auch bei der Impfung wurden die Mütter ausgefragt, doch dabei blieben alle die Kinder unberücksichtigt, die vor diesem Termin starben. Kriege und Sentman erkundigten sich bei den Hebammen, was die Kinder an einem gewissen Tage im August 1906 erhielten, und fanden, daß von 4096 Kindern 94 Prozent einen Monat lang, 86 Prozent 2 und 3 Monate, 77, 9 Prozent 5 und 6 Monate gestillt wurden. Stillstatistiken wurden auch zur Zeit der Volkszählungen aufgestellt, wie dies z. B. in so vortrefflicher Weise in Berlin geschah. Endlich, und zwar am genauesten, können Statistiken über Brusternährung dadurch gewonnen werden, daß man jedes Kind besonders beobachtet. Unsere Statistik, die wir auf diese Weise erhielten, wird in Tabelle XXI zur Anschauung gebracht und scheint sehr gut mit der übereinzustimmen, welche Kriege und Sentman erhielten.

Tabelle XXI.

Nr.	Beobachtungszeit, Monate	An der Brust	Prozentsatz
641	1	616	96
532	2	486	91·3
472	3	423	89·6
387	4	331	85·5
309	5	250	80·9
258	6	196	75·9
181	7	123	67·9
138	8	95	68·5
92	9	60	65

Die Frage, ob die Häufigkeit und Dauer des Stillens abnimmt, kann für Amerika nicht beantwortet werden, doch nachdem die Prozentzahl derjenigen Todesfälle bei Säuglingen wächst, bei denen die Ernährung eine Rolle spielt, kann man meiner Meinung nach kaum zweifeln, daß das Stillen in Amerika abnimmt. Was Berlin betrifft, so zeigte die Volkszählung, daß von 1895 bis 1905 die Ernährung an der Brust von 432 per 1000 auf 313 per 1000 herabsank. Wie groß die Bedeutung der Brustnahrung als Faktor bei der Säuglingssterblichkeit ist, wird durch Tabelle XXII, welche von Prof. Dietrich (s. unten) zusammengestellt ist, gut zur Anschauung gebracht, wo die Mortalität des an der Brust ernährten Säuglings durch das ganze Jahr hindurch dieselbe bleibt und diejenige des mit der Flasche ernährten ihre charakteristischen Veränderungen im Sommer zeigt. Daß dies sowohl die Morbidität wie die Mortalität betrifft, kann aus unserer Tafel über die Morbidität ersehen werden.

Tabelle XXII.

Es starben in Berlin 1903 unter einem Jahr:

Im Monat	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.
Mit Kuhmilch ernährt	360	453	447	526	599	913	1445	615
Mit Frauenmilch ernährt	65	78	62	67	54	96	76	57

Schloßmann, Kriege und Seutman fanden dasselbe für Dresden und Barmen. Wie man aus der Tabelle XXI über Stillstatistik ersehen kann, waren wir imstande, 78 Prozent unserer Kinder 6 Monate lang an der Brust zu halten, 17 Prozent davon nahmen während dieser 6 Monate nicht in so zufriedenstellender Weise zu, als sie sollten, aber der Gewichtsausfall wurde in den kühleren Monaten leicht durch Zusatznahrung gedeckt. Sobald klar ersichtlich war, daß der Säugling die Flasche brauchte, gingen wir daran, die Mutter in ihrem eigenen Haushalt zu lehren, wie sie die Mahlzeiten für ihr Kind bereiten sollte. Zu diesem Zweck teilten wir die Mütter in 2 Gruppen. In der ersten Gruppe befanden sich diejenigen, die sehr beschränkt waren, gewöhnlich von fremder Abstammung, welche etwas mehr Erziehung brauchten, bevor man ihnen irgend eine Form der Ernährung überlassen konnte. Diese empfahlen wir an Milchanstalten, wo ihnen gebrauchsfertige Portionen für ihre Kinder abgegeben wurden. Wir glauben, daß dies besonders zur Sommerszeit für das Wohlbefinden der Kinder von Wichtigkeit ist. Indessen ist diese Klasse von Müttern sehr in der Minderzahl und wird nach kurzem Aufenthalt im Lande noch kleiner. Den andern größeren Teil der Mütter konnten wir sehr leicht unterweisen. Die angewandten Mischungen waren zum größten Teile einfache Verdünnungen mit oder ohne Zusatz von Mehl und Zucker.

Sozialgeschichtliche Karte.

Nr. 1. Erste Serie.

Vor dem Ausfüllen dieser Karte sind die Anweisungen sorgfältig durchzulesen.

Wer berichtet über diesen Fall?

wann? Kind-Nr. Konsultations-Nr.

Name

Tag der Geburt Adresse

Name des Vaters Name der Mutter

Alter des Vaters Alter der Mutter

Frühere Kinder	Ausgetragen		Frühgeburt		Fehlgeburten und Aborte Datum	Todesursache
	Geb. Tag	Tod. Tag	Geb. Tag	Tod. Tag		
1. Schwangersch.						
2. „						
3. „						
4. „						
5. „						
6. „						
7. „						
8. „						

Staatsangehörigkeit von Vater. Mutter:

Vater geboren: Stadt oder Land?

Mutter „ „ „ „

Wie lange in großer Stadt ansässig? Vater Mutter

Kann Vater eine Sprache lesen? kann Mutter?

Hereditäre Erkrankungen (Alkoholismus, Syphilis, Tuberkulose usw.):

Vater:

Mutter:

Kinder (welche?)

jetzige Beschäftigung des Vaters

Stunden täglich

frühere Beschäftigungen des Vaters

Frühere Beschäftigungen der Mutter

Annähernder Gesamt-Durchschnittsverdienst der Familie pro Woche?

Wie viele Stunden arbeitete die Mutter täglich während der Schwangerschaft?

Welcher Art Arbeit? (so genau wie möglich anzugeben)

Arbeitete sie für Geld?

Wie lange Zeit vor ihrer Entbindung hörte sie zu arbeiten auf?

Wann begann sie nach ihrer Entbindung wieder zu arbeiten?

Wie viele Stunden arbeitete sie täglich nach der Entbindung?

Welche Art Arbeit? (so genau wie möglich anzugeben)

Sorge	Arzt	Hebamme	Pflegerin	Spital usw.	Zu Hause
Bei der Geburt anwesend					
Zeit der Sorge vor der Entbindung . .					
Zeit der Sorge nach der Entbindung .					
Zahl der Besuche vor der Geburt					
Zahl der Besuche nach der Geburt					

War das Kind ausgetragen oder zu früh geboren?

Gewicht bei der Geburt: verbürgt Pfd. Unze; behauptet Pfd. U. unbek.

Behandlung der Augen bei der Geburt

Als das Kind zur Konsultation gebracht wurde, war es mit der Flasche genährt

Brustnahrung zum Teil Brustnahrung

Im Falle der Ernährung mit der Flasche: Was für Milch wurde gebraucht?

Ist die Mutter physisch imstande zur Ernährung an der Brust: ja nein

Ist die Mutter durch Arbeiten am Stillen behindert?

Flasche begann Wochen nach der Geburt

Stillen hörte gänzlich auf Monate nach der Geburt

Wie lange wurde das letzte Kind gestillt?

Bezahlte Miete per Zahl der bewohnten Zimmer

Häusliche Verhältnisse

Charakteristik des Stadtteils (s. Instruktion): 16—0
Hell — 30; dunkel — 10; finster — 0
Gute Lüftung — 30; mäßig — 15; schlecht — 0
Konstruktion des Gebäudes: gut — 8; mäßig — 5; schlecht — 0
„ „ Klosetts: gut — 8; ziemlich gut — 6; mäßig — 3; schlecht — 0
Ein Bad pro Wohnung — 4; für mehr als eine — 2; kein Bad — 0
Feststehende Badewanne — 4; bewegliche — 2; keine — 0
(Maximalsatz — 100) Gesamtsatz

Datum Unterschrift der Pflegerin:

Sozialgeschichtliche Karte.

Nr. II. Rückseite.

Tag der Besichtigung:

Zahl der Menschen pro Raum: 1 — 16; 2 — 9; 3 — 4; mehr — 0

Kostgänger: keine — 8; einer — 3; mehr — 0

Weibliche Hilfe: Erwachsene — 12; minderjährige — 6; keine — 0

Reinlichkeit von Zimmer, Klosett und Gußstein: tadellos — 18; gut — 12; ziemlich gut — 6; schlecht — 0

Reinlichkeit, Wäsche und persönliche: tadellos — 18; gut — 12; ziemlich gut — 6; schlecht — 0

Nahrungsmenge: reichlich — 15; ausreichend — 10; ungenügend — 5; Mangel — 0.

Art der Nahrung: gut — 15; ziemlich gut — 10; ärmlich — 5; schlecht — 0

(Maximalsatz — 100) Gesamtsatz

Kenntnisse in Kinderhygiene (Maximalsatz — 100)

Allgemeine Intelligenz (Maximalsatz — 100)

Bereitwilligkeit zur Mitarbeit (Maximalsatz — 100)

Täglich werden von der Mutter Stunden geopfert, um Geld zu verdienen.

Pausen: gut, ungenügend, keine

Wer sorgt tagsüber für den Säugling?

Mutter zur Aushilfe: (wo?)

Krankheitsfälle im Haushalt:

(Jede Person und Art der Krankheit ist getrennt aufzuzählen)

Bemerkungen:

Nr. III.

Dr. Hills Maternity Clinic.

Pädiatrische Abteilung.

Datum

Name

Entbindungs-Nr. Geschichts-Nr.

Häusl. Geschichts-Karte Nr.

Familiengeschichte

Vater

Mutter

Übrige Kinder

1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 10. Kind

Art der Geburt

Gewicht bei der Geburt

Nr. IV.

Dr. Hills Maternity Clinic.

Pädiatrische Abteilung.

Datum

Name

Nr.

Allgemeinzustand

Gewicht

Länge

Kopfmasse

Fontanelle

Mund

Zähne

Rachen

Brust

Allgemeinzustand
Gewicht Länge
Kopfmasse

Fontanelle
Ohren Augen
Mund und Rachen
Brust
Lungen
Herz
Abdomen
Leber
Milz
Extremitäten

Nahrung

Erbrechen
Stühle
Schreien
Schlaf

Rippen
Herz

Lungen

Leber
Milz
Extremitäten

Nahrung

Dr. Hills Maternity Clinic.

Pädiatrische Abteilung.

Karte für häusliche Geschichte.

Name

Nr.

Entbindungsnummer

Dies ist eine lange, leere Pappkarte, die von den Kinderpflegerinnen bei ihrer Besichtigung der Kinder in deren Wohnung benutzt wird. Für jedes Kind wird eine dieser Karten reserviert, die, weil für häufigen Gebrauch bestimmt, aus festem Materiale angefertigt sind.

No. 50 East 91 strasse
New York City.




YALE MEDICAL LIBRARY
3 9002 07923 6809

